



**K**assenärztliche  
**B**undesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Vorab per E-Mail** (marianne.steinert@bundestag.de)

An die  
Vorsitzende des  
Ausschusses für Gesundheit  
des Deutschen Bundestages  
Frau Dr. Martina Bunge, MdB  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

*Vorsitzender des Vorstandes  
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung  
Dr. Andreas Köhler  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin*

*Tel.: 030 / 4005 – 1001 + 1002  
Fax: 030 / 4005 - 1090  
e-mail: AKoehler@KBV.de  
www.kbv.de*

*Dr. Kö/KI  
3. November 2006*

*Ihr Schreiben vom*

*Ihr Zeichen*

*Unser Zeichen  
(bitte in der Antwort angeben)*

**Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages u.a. zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)“ [BT-Drs. 16/3100]  
hier: Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

anliegend erhalten Sie eine schriftliche Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu dem vorgenannten Gesetzentwurf. Die Teilnehmer seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den einzelnen Anhörungsblöcken sind mit gesondertem Schreiben vom 1. November 2006 mitgeteilt worden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Köhler

Anlage

## **Stellungnahme<sup>\*)</sup> der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**

**Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD**

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung  
des Wettbewerbs in der GKV**  
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV/WSG)

[BT-Drs. 16/3100 vom 24.10.2006]

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung nimmt unter Beschränkung auf für die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Vordergrund stehende Regelungskomplexe und unter thematischer Zusammenfassung solcher Regelungskomplexe in folgender Gliederung Stellung:

- A. Allgemeine Stellungnahme
- B. Einzelstellungennahmen
  - 1. Vertragswettbewerb
    - Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)
    - Besondere ambulante Versorgung (§ 73c SGB V)
    - Integrierte Versorgung (§§ 140a ff. SGB V)
    - Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen (§ 116b SGB V)
  - 2. Neuordnung der Vergütung in der ambulanten Versorgung (§§ 85a, 85b, 87 SGB V)
  - 3. Dienstleistungsgesellschaften der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 77a SGB V)
  - 4. Gemeinsamer Bundesausschuss (Organisation/Neue Aufgaben)

---

<sup>\*)</sup> Eine ergänzte Stellungnahme bleibt im weiteren Gesetzgebungsverfahren vorbehalten.

5. Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung
6. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
7. Wirtschaftlichkeitsprüfung
8. Arzneimittelversorgung
9. Telematik
10. Kassenorganisation (Anwendung der Insolvenzordnung)
11. Finanzierung (Gesundheitsfonds)
12. Neue Leistungen (Versorgungsmanagement)
13. Palliativversorgung
14. Private Krankenversicherung (gesetzliche Vergütung im Basistarif – § 75 SGB V)

## A. Allgemeine Stellungnahme

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung lehnt den Gesetzentwurf in dieser Form als nicht ausgereift ab. Eine Gesundheitsreform, welche die Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems weiterentwickelt, ist mit diesem Vorhaben nicht zu leisten. Das Reformvorhaben sollte verschoben werden, um unter Mitwirkung der Beteiligten eine sachgerechte Lösung zu ermöglichen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung verweist auch auf die gemeinsam mit der Bundesärztekammer auf dem außerordentlichen Deutschen Ärztetag am 24. Oktober 2006 beschlossene Resolution (**Anlage**).

Die nachstehende Einzelstellungnahme (B.) ergeht zur Erläuterung verschiedener fachlicher Aspekte unseres Standpunktes.

Eine allgemeine Bewertung ergibt zunächst Folgendes:

1. Die Vergütungsregelungen sind unzureichend, da sie entgegen den Ankündigungen in den Eckpunkten die Budgetierung nicht beenden. Das Vergütungssystem wird über eine systematisch und honorarpolitisch unverträgliche Trias einer Dreifach-Steuerung über Pauschalen im EBM, morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen und arztbezogenen Regelleistungsvolumen gesteuert und über Übergangsregelungen in das Korsett bestehender Vergütungshöhen auch für den Neubeginn ab 2009 eingezwängt. Statt der politisch zugesagten Abschaffung der Budgets und der Einführung fester Preise für ärztliche Leistungen, entnehmen wir dem Gesetzentwurf hinsichtlich der vertragsärztlichen Vergütung
  - einen durch Budgetierung erzwungenen Preisverfall für ärztliche Leistungen im Jahre 2009 mit Wirkung für die Folgejahre,
  - dauerhaft fortgesetzte Budgetierung für Arztpraxen und Kassenärztliche Vereinigungen, die feste Preise und die Steuerungswirkung der Gebührenordnung willkürlich konterkarieren (Preise werden zum Etikettenschwindel),
  - Begrenzung/Budgetierung der Möglichkeiten, die Versorgung in strukturschwachen Gebieten zu verbessern, insbesondere in den neuen Bundesländern,
  - ein insgesamt noch unübersichtlicheres, bürokratisch verzerrtes Vergütungssystem.
  
2. Der Gesundheitsfonds verflacht die Finanzmittel der Krankenkassen bundesweit. Die

Mittelverteilung über den Gesundheitsfonds stellt eine staatliche Verteilungsstruktur dar, welche die Finanzautonomie der Krankenkassen beseitigt und den Trend zu Großkassen befördert. Die Auswirkungen der Verteilungsstruktur des Gesundheitsfonds auf die Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, in regionalen Vergütungsvereinbarungen die dortigen Vergütungspotentiale der Krankenkassen auszuschöpfen, sind bei der gegenwärtigen Ausgestaltung des Gesundheitsfonds kaum gegeben. Hieran ändert letztlich auch die Konvergenzregelung nichts (§ 272 SGB V).

3. Die Regelungsvorschläge zur hausarztzentrierten (§ 73b SGB V) und besonderen ambulanten Versorgung (§ 73c SGB V) stellen durch Teilausschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 73b) als unmittelbarer Vertragspartner sowie Begünstigungen der potentiellen anderen Vertragspartner im Wettbewerb eine erhebliche Gefährdung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung dar. Die Schnittstellen zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung sind durch die allgemeine Herausnahme dieser Versorgungsbereiche unklar. Die Verpflichtung der Krankenkassen für die Versicherten, welche an diesen Versorgungssystemen teilnehmen, besondere Tarife anzubieten und auf Zuzahlungen verzichten zu können (§ 53 Abs. 3 SGB V), ist hinzuweisen. Daraus ergeben sich Auswirkungen für einen Wettbewerb zu Lasten des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die gesetzliche Zulassung der Krankenhäuser zur (spezialisierten) ambulanten Versorgung (§ 116b SGB V) verzerrt den Wettbewerb und stellt eine verfassungsrechtlich unzulässige Besserstellung dar.

Insgesamt lässt sich dazu Folgendes feststellen:

Die politisch ständig betonte Wettbewerbsorientierung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird vollständig aufgegeben. Ergebnis ist ein bis zur Unkenntlichkeit entstelltes Konzept, das sachlich nicht erklärt werden kann. Folgt man dem Entwurf, dann droht dem Gesundheitswesen eine mehr als dramatische Veränderung. Sie ist gleichbedeutend mit der Abschaffung des heutigen pluralistischen Gesundheitswesens.

An seine Stelle würde ein System mit zwei Sektoren treten, einem weitgehend verstaatlichten Sektor mit einem Einheitsvertrag und einem Wettbewerbssektor der Sonderverträge.

Der verstaatlichte Sektor soll auf eine Rückfallfunktion reduziert werden, denn er darf

sich selbst nicht im Wettbewerb weiterentwickeln. Dazu sollen die Funktionen der gemeinsamen Selbstverwaltung einer ministeriellen Steuerung unterstellt und somit als Vertragsgremien enteignet werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden vollständig dem Staatssektor zugeordnet und davon ausgeschlossen, ihre Funktion der Interessenvertretung den Vertragsärzten auch bei Sonderverträgen anzubieten. Das von den Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleistete Prinzip des gleichen Zugangs der Versicherten zu wohnortnaher und flächendeckender, qualitätsgesicherter ärztlicher Versorgung, welches für den Basistarif der privaten Krankenversicherung nun auch geleistet werden soll, wird damit perspektivisch auf eine „Nachlassverwaltung“ beschränkt.

Der Sektor der Sonderverträge soll hingegen im Wesentlichen durch Wahltarife gefördert werden, in denen die Krankenkassen die Versicherten durch Geldprämien zur langfristigen Bindung an ausgewählte Leistungsanbieter bewegen. In diesem Sektor werden die Patienten feststellen, dass ein längst vergangen geglaubtes Phänomen der 1960er Jahre wiederersteht: Man wird den Arzt vorher anrufen müssen, ob er für die Behandlung überhaupt zu Verfügung steht. Damals gab es den „Primärkassen“-Arzt (AOK u.a.) und den Ersatzkassen-Arzt. Folgt man dem Gesetzentwurf, wird es künftig wohl wieder – aber in noch stärker diversifizierter Weise – so sein.

4. Im Zusammenwirken dieser Regelungen mit vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner neuen hauptamtlichen Struktur, in der er zur Bundesbehörde mutiert, zu beschließenden Richtlinien und infolge der Regelungen der Ausweitung seiner Aufgaben insbesondere im Bereich der Qualitätssicherung (einschließlich der Zuweisung einer Durchführungskompetenz für die Qualitätssicherung durch die Schaffung einer Institution im Auftrag des G-BA) ist der Weg in einen staatlich präformierten Gesundheitsdienst gebahnt. Sowohl die Konkretisierung der Leistungen der GKV in allen Einzelheiten durch den nicht mehr als Selbstverwaltungseinrichtung definierbaren Gemeinsamen Bundesausschuss als auch die nicht mehr durch die Ärzteschaft mit zu entscheidende Qualitätsstruktur ihrer Berufsausübung lassen es – mit Blick auf weitere Regelungen, wie den Gesundheitsfonds und die Interventionsrechte des BMG, z.B. auch im Vergütungsbereich – zu, von einem Weg in die „Staatsmedizin“ zu sprechen.
5. Die in der Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung sowie in den Eckpunkten zur Gesundheitsreform herausgehobene Absicht zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen beitragen zu wollen, ist vollständig konterkariert. Sowohl der Gesetzentwurf

selbst, insbesondere seine Inhalte, aber auch eine eventuelle Umsetzung werden ein Bürokratiemonster schaffen, wie es das deutsche Gesundheitswesen bisher nicht kennt.

## B. Einzelstellungennahmen

### Regelungsthema Nr. 1: Vertragswettbewerb

#### I. Regelungsthema (Stichwort)

Vertragswettbewerb: Hausarztzentrierte Versorgung, besondere ambulante Versorgung, integrierte Versorgung, spezielle ambulante Versorgung in Krankenhäusern.

Art. 1 (SGB V) Nr. 45 = § 73b; Art. 1 Nr. 46 = § 73c; Art. 1 Nr. 85 = § 116b Abs. 2; Art. 1 Nrn. 119 bis 121 = §§ 140a ff.

#### II. Wesentlicher Regelungsinhalt

##### 1. Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)

- Die Regelung tritt an die Stelle der bisherigen Regelung über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V i.d.F. des GMG.
- Kennzeichen: Obligatorische Vorhaltung durch die Krankenkasse und Pflicht zum Angebot eines besonderen Wahltarifs (§ 53 Abs. 3 SGB V)
- Erweiterung der Mindestqualitätsmerkmale gegenüber den bisherigen Regelungen.
- Verpflichtung des Versicherten zur Wahl eines Hausarztes und zur Beschränkung der Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Behandlung nur auf dessen Überweisung.
- Bindung des Versicherten an diese Verpflichtungen und an die Wahl des Hausarztes mindestens ein Jahr [entspricht der bisherigen Regelung].
- Nähere Regelungen durch Satzungsbeschluss der Krankenkasse.
- Gesetzliche Aufzählung des Kreises der in Betracht kommenden Leistungserbringer: Kassenärztliche Vereinigungen sind ausgeschlossen, sie können auch nicht über von ihr gegründete Dienstleistungsgesellschaften (§ 77a – neu –) einbezogen werden. Anspruch auf Vertragsabschluss besteht nicht.
- Gesetzliche Dispositionsklausel ähnlich dem Recht der integrierten Versor-



gung zur Abweichung von Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V bei der Vertragsgestaltung.

- Pflicht zur Bereinigung der Gesamtvergütungen.

## **2. Besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V)**

- Vertraglich ermöglichte Versorgungsaufträge zwischen Krankenkassen und Vertragspartnern „zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung“ hinsichtlich
  - = versichertenbezogener gesamter ambulanter ärztlicher Versorgung oder
  - = einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassende Versorgung.
- Schriftliche Teilnahmeverpflichtung des Versicherten: Verpflichtung die umschriebenen Versorgungsaufträge nur bei den vertraglich gebundenen Leistungserbringern oder bei anderen ärztlichen Leistungserbringern nur auf Überweisung in Anspruch zu nehmen; mindestens ein Jahr; nähere Regelungen durch Satzungsbeschluss der Krankenkasse.
- Die Krankenkassen müssen diesen Versicherten besondere Tarife anbieten (§ 53 Abs. 3 SGB V).
- Umschriebener Kreis der Vertragspartner (§ 73c Abs. 3 SGB V): Kassenärztliche Vereinigung kann Vertragspartner sein. Sie kann aber nicht über eine Dienstleistungsgesellschaft nach § 77a SGB V Verträge schließen.
- Einschränkung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung im Hinblick auf den Umfang vertraglich geregelter Versorgungsaufträge.
- Gesetzliche Dispositionsklausel zur Abweichung von Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V in Analogie zu den Regelungen bei der integrierten Versorgung.
- Unterrichtungspflicht der Krankenkasse im Hinblick auf ihre Versicherten.
- Verpflichtung zur Bereinigung der Gesamtvergütungen.

## **3. Integrierte Versorgung**

- Die Regelungen über die integrierte Versorgung werden modifiziert. Als Grundsatz wird eingeführt (§ 140a Abs. 1 Satz 2 – neu –), dass die Verträge zur integrierten Versorgung eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen sollen. Ferner soll die für die ambulante Behandlung

im Rahmen der integrierten Versorgung notwendige Versorgung mit Arzneimitteln durch Verträge nach § 130a Abs. 8 SGB V (Verträge mit pharmazeutischen Unternehmen [unter möglicher Beteiligung von Apotheken]), nunmehr obligatorisch „im Einvernehmen mit den beteiligten Ärztinnen und Ärzten“ (§ 140a Abs. 1 Satz 4 – neu –) erfolgen.

- Nach wie vor dürfen weder Kassenärztliche Vereinigungen noch deren Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a SGB V (neu) Vertragspartner der integrierten Versorgung sein.
- Im Rahmen der Anschubfinanzierung müssen die Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen die Verwendung der einbehaltenen Mittel darlegen (§ 140d Abs. 1 Satz 4 – neu –).
- Die Anschubfinanzierung wird durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz über das Jahr 2008 verlängert. Die Mittelverwendung ist bis zum 31. März 2009 darzulegen. Die Mittelverwendung aus der Anschubfinanzierung wird auf Krankenhausleistungen sowie ambulante vertragsärztliche Versorgung beschränkt. Ferner dürfen Mittel der Anschubfinanzierung nur Verträge, die eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen, verwendet werden. Dies soll jedoch nicht für Verträge gelten, die vor dem 1. April 2007 (!) abgeschlossen worden sind.
- Die Bildung einer Registrierungsstelle, der die Verträge zu melden ist, wird obligatorisch (§ 140d Abs. 5 – neu – SGB V). Auskunftspflichtig ist die Registrierungsstelle jedoch nur gegenüber dem BMG.

#### **4. Ambulante Versorgung im Krankenhaus (§ 116b SGB V)**

Die Regelungen zeichnen sich durch folgende Konstruktion aus:

- Krankenhäuser sind kraft Gesetzes berechtigt, an der ambulanten Versorgung mit den in § 116b Abs. 3 und 4 genannten hochspezialisierten Leistungen usw. teilzunehmen, „wenn und soweit das Krankenhaus im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers dazu bestimmt worden ist“. Damit haben die Krankenhausträger mit den für die Krankenhausplanung des Landes Verantwortlichen es in der Hand, eine Teilnahme

zu ermöglichen.

- Das Krankenhaus kann die Leistungen, die es erbringen will, selbst bestimmen.
- Die Vergütungen werden in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend einem durchschnittlichen Punktwert aus den Quartalsabrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung berechnet (kassenartenübergreifender, wenngleich nach Kassenarten gewichtet, durchschnittlicher Punktwert). Ab dem 1. Januar 2009 werden die ambulanten Leistungen mit dem Preis für den Regelfall der Euro-Gebührenordnung vergütet.

### **Ergänzende Bemerkungen zu 1.) und 2.):**

Die Verträge nach § 73b und § 73c SGB V können zur „flächendeckenden Sicherstellung des Angebots“ von Krankenkassen auch „in Kooperation mit anderen Krankenkassen“ geschlossen werden. Schon nach geltendem Recht können die Krankenkassen insoweit andere Krankenkassen beauftragen (vgl. § 88 SGB X); hinzuweisen ist auch auf den neuen § 197a SGB V im Arbeitsentwurf, wonach die Krankenkasse Dritte mit der Durchführung von Aufgaben beauftragen können. Diese Kooperationsformen ermöglichen es, dass Krankenkassen mit Hilfe entsprechender Absprachen untereinander bzw. über einen „Dritten“ eine hausarztzentrierte Versorgung oder eine besondere ambulante Versorgung auch in Fällen sicherstellen können, in denen Versicherte nicht bei den vertragsgebundenen Leistungserbringern im Bezirk des Sitzes der Krankenkasse Leistungen in Anspruch nehmen wollen.

## **III. Bewertung**

### **1. Einzelhinweise**

- Festzuhalten ist zunächst, dass - mit Ausnahme von § 73 c - bei allen anderen Formen des Vertragssystemwettbewerbs die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht explizit in die potentielle Vertragspartnerschaft einbezogen werden. Auch nicht über sogenannte Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a SGB V, welche die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen gründen können, können sie Vertragspartner im Vertragswettbewerb sein, sondern allenfalls die Abwicklung von Verträgen im Auftrag übernehmen. Diese nur begrenzte Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen wider-

spricht den Eckpunkten zur Gesundheitsreform, die ausdrücklich die Beteiligung – neben anderen potentiellen Vertragspartnern – der Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglichen wollten.

- Über die Möglichkeit flächendeckende hausarztzentrierte und besondere ambulante Versorgung mit Hilfe auch von Kooperationen der Krankenkassen untereinander anzubieten, besteht die Möglichkeit, insbesondere für „Großkassen“, aus dem System der vertragsärztlichen Versorgung auszuscheren und mit Hilfe von Einzelverträgen eine gegenüber der heutigen Möglichkeit von Vertragsärzten, über die Zulassung an der Versorgung der Versicherten teilzunehmen, Einschränkungen des Kreises der möglichen Ärzte und Psychotherapeuten vorzunehmen. Die Verpflichtung der beteiligten Krankenkassen, ihren Versicherten Tarife anzubieten, schafft ein Wettbewerbspotential, das gegenüber der vertragsärztlichen Versorgung im Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung und den dort geltenden Vergütungen einen Wettbewerbsvorteil begründet.
- Die Bereinigung der Gesamtvergütungen bei Verträgen nach § 73b und § 73c ist im Hinblick auf die Neuregelungen im Vergütungsrecht nicht durchführbar. Darüber hinaus fehlen jegliche Anhaltspunkte für eine Transparenzpflicht der Krankenkassen über Inhalt und Umfang entsprechender Verträge mit Beteiligten außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen, die eine Kalkulation des Bereinigungsverganges zuließen.
- Die Abgrenzung zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung ist unklar. Sämtliche Regelungen, die eine Gesamtbetrachtung der vertragsärztlichen Tätigkeit erfordern (z.B. Qualitätsprüfungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Plausibilitätsprüfungen) sind nur noch begrenzt effektiv, wenn in größerem Ausmaß Paralleltätigkeiten der Vertragsärzte in diesem Sondersystemen entwickelt werden. Die Vertragsfreiheit zum Abschluss und zur Kündigung entsprechender Verträge – damit auch die Möglichkeit, dass es entsprechende Verträge nicht gibt – schafft für den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung und eine darauf ausgerichtete Versorgungsplanung ein ständiges „Hin und Her“, welches auch die Kalkulationssicherheit in Bezug auf vertragsärztliche Vergütungen und durch Verwaltungsmittel der Kassenärztlichen Vereinigung zu erfüllende Aufgaben tangiert. Schließlich ist unklar, welche Regelungen für Vertragsärzte gelten, die in selektiven Vertragssystemen

men nach § 73b und § 73c stehen: Z.B. gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses? Gelten die Formulare der vertragsärztlichen Versorgung?

- Die Vorschrift des § 116b Abs. 2 - neu - stellt eine (verfassungs- und gemeinschaftsrechtlich im übrigen nicht haltbare) Besserstellung von Krankenhäusern gegenüber niedergelassenen Vertragsärzten bei der Versorgung mit ambulanten hochspezialisierten Leistungen dar und scheint einen Einstieg in den Ausbau der Teilnahme von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung darzustellen. Evident der Verdrängung der hochspezialisierten fachärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich dienen die Besserstellungsvorschriften über den Zugang und die Vergütung (Keine Bedarfsplanung, Durchschnittspunktwerte [ohne Regelleistungsvolumen-Beschränkungen], ab 2009 Regelvergütung auch in überversorgten Bezirken).

Die Vorschrift ist entschieden abzulehnen.

- Die Einschränkung der Mittelverwendung aus der Anschubfinanzierung auf Krankenhaus- und vertragsärztliche ambulante Leistungen ist zwar eine Klarstellung des schon geltenden Rechts. Die Möglichkeit, noch bis zum 1. April 2007 andere Verträge abschließen zu können, für die Mittel aus der Anschubfinanzierung verwendet werden dürfen, stellt einen Verstoß gegen das Rückwirkungsverbot dar, weil insoweit nachträglich das geltende Recht geändert wird. Die Beschränkung der Mittelverwendung auf Verträge mit flächendeckender Versorgung soll wohl einen mittelbaren Zwang zur Entwicklung von Parallelversorgungen zur vertragsärztlichen Versorgung bewirken und ist dementsprechend mit dem mit der Kritik an der Wettbewerbskonzeption des Gesetzesentwurfs verbundenen Vorbehalten zu sehen.
- Die Auskunftspflicht der Registrierungsstelle nach § 140d Abs. 5 SGB V nur gegenüber dem BMG ist unzureichend.

## 2. Auswirkungen der Wettbewerbskonzeption des Gesetzesentwurfs auf die ambulante Versorgung

Folgt man dem Entwurf, dann droht dem Gesundheitswesen eine mehr als dramatische Veränderung. Sie ist, gleichbedeutend mit der Abschaffung des heutigen pluralistischen Gesundheitswesens. An seine Stelle würde ein System mit zwei Sektoren treten: einem weitgehend verstaatlichten Sektor und einem Sektor der Sonderverträge.

### a) Der verstaatlichte Sektor

Den gesetzlichen Krankenkassen wird durch den Gesundheitsfonds die Beitragssatzhoheit genommen. Die Beitragshöhe wird künftig staatlich festgelegt; die Höhe des Zusatzbeitrags ist limitiert. Dieses Einnahmenbudget wird auf der Ausgabenseite durch eine vereinheitlichte Verbandsstruktur verwaltet, die - zumindest in der vertragsärztlichen Versorgung - einheitliche Kollektivverträge schließt. Maßgeblich ist die oben beschriebene Budgetierung. Die Krankenkasse hat keinen individuellen Einfluss auf die Vertragsinhalte.

Der Leistungskatalog und wesentliche Inhalte des Bundesmantelvertrags, wie z.B. die Steuerung der verordneten Leistungen (z.B. Arzneimittel), Qualitätssicherung, Bedarfsplanung, werden künftig durch eine Behörde vorgegeben, in der ein hauptamtliches Gremium stellvertretend für die Vertragsärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen entscheidet.

### b) Der Sektor der Sonderverträge

Als einziger Wettbewerbsparameter, in dem Krankenkassen künftig noch Gestaltungskompetenz behalten, gelten Wahltarife.

Die Krankenkassen können ihren Versicherten künftig Geldprämien anbieten, wenn diese sich für Wahltarife entscheiden. Dafür müssen sich die Versicherten bei einzelnen Haus- oder Fachärzten, Versorgungszentren oder Krankenhäusern einschreiben und sich verpflichten, sich mindestens ein Jahr nur durch diese Stelle behandeln oder weiter überweisen zu lassen.

Sonderverträge soll es geben für die hausärztliche Versorgung (§ 73b), die fachärztliche Versorgung (§ 73c) oder die integrierte Versorgung (§ 140b). Die Ärzte, Versorgungszentren oder Krankenhäuser unterzeichnen unmittelbar individuelle Verträge mit der jeweiligen Krankenkasse. Die Kassenärztliche Vereinigung wird von diesem Teil der Versorgung ausgeschlossen, mit Ausnahme des Teils der Sonderverträge nach § 73c. Dass hier den Kassenärztlichen Vereinigungen neben anderen potentiellen Vertragspartnern – wohl eher als Verlegenheitslösung – diese „Restaufgabe“ eingeräumt wurde, ändert nichts an der verfehlten Grundkonzeption: Die Ärzte verlassen mit ihren Patienten die vertragsärztliche Versorgung. Mit einer Ausnahme: Auf Wunsch der Beteiligten soll die Kassenärztliche Vereinigung aber den kostenintensiven Notdienst sicherstellen.

**c) Bewertung**

Für die Patienten wird dies zur Folge haben, dass ein längst vergangenes geglaubtes Phänomen der 1960er Jahre wiederersteht: Man wird den Arzt vorher anrufen müssen, ob er für die Behandlung überhaupt zu Verfügung steht. Damals gab es den „Primärkassen“-Arzt (AOK-Arzt) und den Ersatzkassen-Arzt. Künftig wird es wohl wieder so sein, aber noch diversifizierter.

Es ist offenkundig, dass die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung, die gleichermaßen für jeden Versicherten zur Verfügung steht, durch diese Sonderverträge durchlöchert werden wird. Je attraktiver die Wahltarife desto unwichtiger wird die Kassenärztliche Vereinigung als Funktion in der Versorgung werden. In den Innenstadtbereichen wird bald eine KV-freie Zone existieren. Auf dem Land, in strukturarmen Gebieten hingegen oder zu allen Feiertags- und Nachtzeiten, soll die Kassenärztliche Vereinigung einspringen.

Diese Politik verkennt, dass Kassenärztliche Vereinigungen Selbstverwaltungsorganisationen sind, die aus den Beiträgen ihrer Mitglieder finanziert werden. Die Kombination aus einer Budgetierung für Kollektivverträge und Sonderverträgen, die Kassenärztlichen Vereinigungen vollständig ausschließen, wird die Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung zunehmend uninteressanter machen. Ein „Exodus“ der Mitglieder in Sonderverträge würde die Verwaltungskosten steigen lassen und damit die Attraktivität der Kassenärztlichen Vereinigung weiter senken.

Der Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigung von dem wesentlichen Teil der Sonderverträge dürfte außerdem dazu führen, dass nicht mehr, sondern weniger Wettbewerb entsteht. Warum z.B. sollte ein ärztlicher Berufsverband, der in der Region über eine geschlossene Gefolgschaft und eine monopolartige Position verfügt, sich auf Dauer mit den Budgetvorgaben des Kollektivvertrags abgeben?

#### **IV. Position der KBV**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen unmittelbar Vertragspartner von Verträgen nach § 73b und § 73c SGB V werden. Dasselbe gilt für die Verträge über integrierte Versorgung. Außerdem muss die Kassenärztliche Vereinigung in die Lage versetzt werden, durch ergänzende Vertragsbeziehungen mit anderen Leistungserbringern Versorgungsketten zu bilden, die eine besondere Versorgung ermöglichen. Ob sie dies als Kassenärztliche Vereinigung machen will oder gegebenenfalls über eine zu gründende Dienstleistungsgesellschaft muss in das Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigung gestellt werden. Die besonderen Vertragsbeziehungen müssen dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung zugeordnet werden, da ansonsten steuerrechtliche Probleme entstehen (entsprechende Vorschläge hat die KBV im Oktober 2005 mit der Bezeichnung „§ 73d“ und „§ 73e“ eingebracht). Darüber hinaus muss im Interesse der Gleichbehandlung der Ärzte und Psychotherapeuten erreicht werden, dass alle diejenigen, welche die vertraglich vereinbarten Voraussetzungen erfüllen, an entsprechenden Versorgungsaufträgen teilnehmen können. Eine mittelbare Anschubfinanzierung über die Gesamtvergütungen der vertragsärztlichen Leistungen – jedenfalls für die Übergangsphase bis zum neuen Vergütungsrecht ab 2009 – für Leistungen nach § 116b Abs. 3 SGB V ist abzulehnen. Die Kennzeichnungspflicht der Versicherten in besonderen Vertragsbeziehungen gemäß § 291 Abs. 2a Satz 3 – neu – auf der Gesundheitskarte ist als fakultative Möglichkeit unzureichend.

Die Bereinigungsvorschriften nach § 73b und § 73c sind nicht hinnehmbar.

Die Besserstellung der Vertragspartner in Verträgen nach § 73b, § 116b und § 140a ff. SGB V gegenüber den ausgeschlossenen Kassenärztlichen Vereinigungen durch Anwendbarkeit einer Dispositionsklausel, welche die Abweichung von einschränkenden Bestimmungen des Vierten Kapitels und der darauf beruhenden Vorschriften in untergesetzlichen Normen zugunsten der Vertragspartner ermöglicht (z.B. Befreiung von Prüfungen oder bestimm-



ten Verfahrensabläufen) stellt eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung dar, wenn der Kassenärztlichen Vereinigung nicht gleichartige Handlungsmöglichkeiten eröffnet werden.

## **V. Vorschlag der KBV**

Formulierungsvorschläge zu §§ 73b, 73c, 77a SGB V [Bezug Gesetzentwurf]:

### **1. Änderungen in § 73b und § 73c (Änderungsvorschläge der KBV sind unterstrichen)**

#### **a) § 73b wird wie folgt gefasst:**

"§ 73b

Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die Krankenkassen haben ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten. Der Versorgungsauftrag der hausarztzentrierten Versorgung umfasst die gesamte hausärztliche Behandlung eines gemäß Absatz 3 teilnehmenden Versicherten.

(2) Die hausarztzentrierte Versorgung zeichnet sich insbesondere durch folgende über die Erfüllung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 Abs. 1b und 1c hinausgehenden Mindestqualitätsmerkmale aus:

1. Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung professioneller Moderatoren,
2. Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,
3. Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie,
4. Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen wissenschaftlich anerkannten indikatorengestützten Qualitätsmanagements.

(3) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung, indem sie sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 4 gewählten Hausarzt in

Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung nur auf dessen Überweisung. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.

(4) Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge zu schließen. Die Verträge können abgeschlossen werden mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 a teilnehmen,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen nach Beratung im Beratenden Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung; § 79b Satz 5 bis 8 gilt entsprechend,
5. Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a.

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben. Soweit die hausärztliche Versorgung der Versicherten durch Verträge nach Satz 1 Nrn. 1 bis 3 durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen und die Zuweisung der Vergütung erfolgt in allen Fällen durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen ihrer Aufgaben nach § 75 Abs. 2 Satz 2. Die Krankenkassen können den der hausarztzentrierten Versorgung zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwandsatz, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen. Die Krankenkassen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bezirk zugelassene Vertragsärzte oder wohnhafte Versicherte an einem Vertrag nach Absatz 3 teilnehmen, über den im Vertrag vereinbarten Versorgungsauftrag und über die teilnehmenden Ärzte zu informieren.

(5) In den Verträgen nach Absatz 4 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 2, sowie die Vergütung zu regeln. Gegenstand der hausarztzentrierten Versorgung dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als

Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Einzelverträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. § 106a Abs. 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend.

(6) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte zu informieren.

(7) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 im hausärztlichen Vergütungsanteil in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 vermindert sich der Vergütungsanspruch der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 85a Abs. 2 um die Leistungen, die von den an Verträgen nach Absatz 4 teilnehmenden Vertragsärzten des hausärztlichen Versorgungsbereichs für die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten erbracht werden. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 4 sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen Daten, falls erforderlich arzt- und versichertenbezogen, übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Vertragspartnern nach Satz 1."

#### Begründung:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten die Möglichkeit, ihre Funktion der Interessenvertretung für die Vertragsärzte auch im Rahmen von Verträgen auszuüben, welche Grundlage von Wahlтарифen sind. Da nur die hausärztliche Versorgung betroffen ist, wird durch die verpflichtende Mitwirkung des Beratenden Fachausschusses für die hausärztliche Versorgung die Interessenvertretung der hausärztlichen Belange sichergestellt.

Die Abrechnung und Vergütungszuweisung durch die Kassenärztliche Vereinigung auch in Fällen, in denen sie nicht Vertragspartner ist, gewährleistet, dass die erforderlichen Prüfungen von Abrechnungsvoraussetzungen, von Qualitätsanforderungen und der Plausibilität der Abrechnung, z.B. zur Vermeidung eventueller Doppelabrechnungen, nach wie vor effizient durchgeführt werden können.

**b) § 73c wird wie folgt gefasst:**

"§ 73c

Besondere ambulante ärztliche Versorgung

(1) Die Krankenkassen können ihren Versicherten die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Abschluss von Verträgen nach Absatz 4 anbieten. Gegenstand der Verträge können Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Für die personellen und sächlichen Qualitätsanforderungen zur Durchführung der vereinbarten Versorgungsaufträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend.

(2) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung durch nach Absatz 3 verpflichtete Leistungserbringer, indem sie sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung mindestens ein Jahr gebunden. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer, zu Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.

(3) Die Krankenkassen können zur Umsetzung ihres Angebots nach Absatz 1 allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Einzelverträge schließen mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung nach Absatz 1 durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten,

4. Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a.

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben. Soweit die Versorgung der Versicherten durch Verträge nach Satz 1 durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen und die Zuweisung der Vergütung erfolgt in allen Fällen durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen ihrer Aufgaben nach § 75 Absatz 2 Satz 2. Die Krankenkassen können den diesen Versorgungsaufträgen zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwendungssatz, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.

(4) In den Verträgen nach Absatz 3 sind das Nähere über den Inhalt, den Umfang und die Durchführung der Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen, sowie die Vergütung zu regeln. Gegenstand der Versorgungsaufträge dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. § 106a Abs. 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend. Die Krankenkassen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bezirk zugelassene Vertragsärzte oder wohnhafte Versicherte an einem Vertrag nach Absatz 3 teilnehmen, über den im Vertrag vereinbarten Versorgungsauftrag und über die teilnehmenden Ärzte zu informieren.

(5) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach Absatz 1 sowie der daran teilnehmenden Ärzte zu informieren.

(6) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der nach Absatz 3 teilnehmenden Versicherten sowie dem in einem Vertrag nach Absatz 3 vereinbarten Versorgungsauftrag jeweils versorgungsbereichsspezifisch zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 vermindert sich der Vergütungsanspruch der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 85a Abs. 2 um die Leistungen, die von den an Verträgen nach Absatz 3 teilnehmenden

Vertragsärzte für die nach Absatz 3 teilnehmenden Versicherten erbracht werden. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 3 sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen Daten, falls erforderlich arzt- und versichertenbezogen, übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Vertragspartnern nach Satz 1."

Begründung:

Die Abrechnung und Vergütungszuweisung durch die Kassenärztliche Vereinigung gewährleistet, dass die erforderlichen Prüfungen von Abrechnungsvoraussetzungen, von Qualitätsanforderungen und der Plausibilität der Abrechnung, z.B. zur Vermeidung eventueller Doppelabrechnungen, nach wie vor effizient durchgeführt werden können.

**3. § 77a wird wie folgt geändert<sup>1</sup>:**

In Absatz 2 Satz 1 wird nach Nr. 5 eingefügt:

„6. Abschluss und Durchführung von Verträgen nach §§ 73b, 73c und § 140b.“

**4. § 140b i.d.F. des Gesetzentwurfs wird wie folgt geändert:**

In Absatz 1 wird nach Nr. 6 folgende Nr. 7 (neu) eingefügt:

„7. Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a, die eine integrierte Versorgung nach § 140a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten.“

Begründung:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten die Möglichkeit, ihre Funktion der Interessenvertretung für die Vertragsärzte mittelbar durch ihre Dienstleistungsgesellschaften auch im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung auszuüben, sofern Vertragsärzte an der Ausführung des jeweiligen Versorgungsauftrages beteiligt

---

<sup>1</sup> vgl. Gesamtformulierung in B.3

sind. Die mittelbare Beteiligung trägt der Tatsache Rechnung, dass neben Vertragsärzten andere Leistungserbringer an einem solchen Vertrag beteiligt sind.

## Regelungsthema Nr. 2: Vergütung

### I. Regelungsthema (Stichwort)

Neuordnung der Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung (EBM, Euro-Gebührenordnung usw.)

Art. 1 Nrn. 55 bis 57 = § 85a, § 85b, § 85c; § 87; Nr.211 = § 313a SGB V

### II. Wesentlicher Regelungsinhalt

Die maßgeblichen Regelungen werden getroffen in folgenden Vorschriften des SGB V:

- § 85 Abs. 4 (Verteilungsmaßstab)
- §§ 85a (Regionale Euro-Gebührenordnung, morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)
- § 85b (Vergütung des einzelnen Arztes)
- § 85c (Vergütung ärztlicher Leistungen im Jahre 2006)
- § 87 (Bundesmantelvertrag, Einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitlicher Orientierungswert)
- § 313a (Streichung der Absätze 2 bis 5: damit Aufhebung der Sperre von Zuführungen aus dem Risikostrukturausgleich an Krankenkassen des Beitrittsgebiets für eventuelle Anhebungen der Vergütungen)

Das neue Vergütungssystem beruht auf einer Aufteilung von Kompetenzen auf Bundesebene (Bewertungsausschuss) – dabei ist auch die Schaffung eines Instituts des Bewertungsausschusses zu vermerken (§ 87 Abs. 3b ff. – neu –) – und unter strikter Beachtung von Vorgaben der Bundesebene ergänzenden Vereinbarungen auf Landesebene, welche im jeweiligen KV-Bereich eine Gebührenordnung mit festen Preisen schaffen sollen. Die Preise auf Bundesebene sind sogenannte Orientierungswerte, von denen unter bestimmten Voraussetzungen auf der Landesebene im Sinne von Zuschlägen oder Abschlägen abgewichen werden kann.



Das neue Vergütungssystem soll ab 1. Januar 2009 in Kraft treten. Für die Jahre 2007 und 2008 sind Übergangsregelungen vorgesehen. Für die Einführung des neuen Vergütungssystems wird im Gesetzentwurf eine „kostenneutrale Einführung“ angestrebt.

### III. Bewertung

Wie sich aus den Erläuterungen in der Anlage ergibt, enthalten die Regelungen – unbeschadet des Aufgreifens von Grundgedanken der Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Schaffung eines neuen Vergütungssystems und in Anlehnung an die Eckpunkte der Gesundheitsreform – Regelungen, die für die Übergangsphase den Fortbestand begrenzter Gesamtvergütungen sowie nach Einführung des neuen Vergütungssystems eine Bindung des Bewertungsausschusses an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität vorsehen, u.a. durch die Vorgabe, dass die Orientierungswerte so festzusetzen sind, dass insgesamt bundesweit Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden (vgl. § 87 Abs. 2 – neu –). Die Berechnungsformel in § 87 Abs. 2c für den Übergang in das Jahr 2009 verhindert im übrigen, dass bei der Vereinbarung der Orientierungswerte die im Bewertungsausschuss bereits beschlossenen betriebswirtschaftlich angemessenen Punktwerte durchgesetzt werden, da die Berechnungsformel dazu führt, dass der Orientierungswert – bei unterstellten konstanten Leistungsmengen – dem sich aus dem Vergütungssystem 2006 bis 2008 ergebenden rechnerischen bundesdurchschnittlichen Punktwert entspricht.

Damit wird ein neuer normativ entwickelter Ansatz der Vergütung verhindert. Die Budgetierung besteht aufgrund rechnerischer Vorgaben fort.

Die Systematik der regionalen Zu- und Abschläge zu den Orientierungswerten des EBM ist hinsichtlich des Indikators „regionale Wirtschaftskraft“ abzulehnen, da hiermit über allgemeine statistische Größen – folgt man der Begründung für diese Regelung – regionale Kostenstrukturen der Arztpraxen abgebildet werden sollen. Die Regelung dürfte sich vor allem für die neuen Bundesländer nachteilig auswirken, da sie anscheinend bezweckt, über diesen Indikator Abschläge zu bewirken, womit Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die möglicherweise einnahmensteigernd wirken, und die Streichung des § 313a Abs. 3 SGB V konterkariert werden könnten.

Wegen der verschiedenen „einengenden“ Einzelregelungen, so vor allem im Hinblick auf die Notwendigkeit der Einführung einer neuen Vergütung mit erhöhten Vergütungssätzen und das Fehlen eines Ausgleichs entsprechender gegenwärtiger und nicht reduzierbarer künftiger Vergütungsverluste durch das Inkrafttreten der Regelungen erst im Jahre 2009 entspricht

das Konzept nicht den bisherigen Vorschlägen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Es widerspricht aber auch Ankündigungen in den Eckpunkten, dass die Budgetierung abgeschafft und die vertragsärztliche Vergütung vereinfacht wird. Zwischen den vorgesehenen Regelungen zur Preisbildung und zur Mengensteuerung bestehen unvereinbare Widersprüche.

Die Funktion der Gebührenordnung wird vielmehr durch budgetähnliche Maßnahmen konterkariert. Sie kann so nicht umgesetzt werden.

In den Eckpunkten wird klipp und klar formuliert, dass das Budget abgeschafft und eine Euro-Gebührenordnung mit festen Preisen eingeführt wird. Diese Ankündigung kann durch eine klar strukturierte Gebührenordnung mit Fallpauschalen umgesetzt werden. Die befürchtete Mengenausweitung ist durch die fixkostenbezogene Preisabstaffelung in der Gebührenordnung, durch Regelungen zur Fallzahlausweitung und durch Plausibilitätsprüfungen kontrollierbar.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert die Regierungsparteien auf, zu ihren Ankündigungen zu stehen. Die jetzige Regelung schafft weder das Budget ab, noch wird eine angemessene Vergütung eingeführt, noch ist die Regelung einfach und transparent, noch wird auf dieser Grundlage eine sinnvolle Preissteuerung möglich sein. Dies wird im Folgenden erläutert (IV.).

Für die neuen Bundesländer muss die bisherige Vorenthaltung von Vergütung (§ 313a SGB V) zu Nachvergütung führen (s. Vorschlag V.B.3).

#### **IV. Einzelanalyse und Probleme**

##### **1. Ausgangslage - Was sind die politischen Vorgaben im Eckpunkte-Papier?**

Die politischen Kernaussagen insbesondere der Unionsfraktion, die sich sowohl im Koalitionsvertrag wie im Eckpunktepapier der Koalition zur Gesundheitsreform 2006 wieder finden, lauten:

- Wir werden das ärztliche Vergütungssystem vereinfachen.
- Wir wollen, dass die Ärzte eine angemessene Vergütung für ihre Leistungen erhalten.
- Wir wollen eine Gebührenordnung für Ärzte mit festen Preisen.

- Die Budgetierung für die Vertragsärzte soll wegfallen.

Diese programmatischen Aussagen kritisieren:

- a) die gegenwärtige Intransparenz der Vergütung nach Punkten und gemäß vielfältiger Honorarverteilungsmechanismen, die wiederum Folge der bestehenden Budgetierung sowie regionaler und historischer Gegebenheiten sind.
- b) die Komplexität der geltenden Rechtsgrundlage zur Einführung morbiditätsbezogener Regelleistungsvolumen, mit denen die Budgets bereits zum 1. Januar 2007 abgelöst werden sollten, deren Implementierung sich aber wegen der Komplexität und des Widerstands der Krankenkassen nicht rechtzeitig realisieren lassen. Deren Struktur widerspricht zudem dem Ziel der Entbürokratisierung und Vereinfachung.

Honorarbudgets und Honorarverteilungsmechanismen sollen gemäß Eckpunktepapier nicht ersatzlos gestrichen werden. Nach wie vor soll es eine „Kosten- und Mengensteuerung“ geben. Damit die oben genannten politischen Ziele widerspruchsfrei realisiert werden können, muss die Mengensteuerung in der Gebührenordnung erfolgen (durch Pauschalierung und mengenabhängige Abstufung des Preises je Leistung nach Überschreitung der Fixkostendeckung). Eine zusätzliche Mengensteuerung durch Regelleistungsvolumen (Vereinbarung von Leistungsmengen als Obergrenze für feste Preise) – wie sie der Entwurf vorsieht – erübrigt sich in diesem Fall. Sie ist neben der Mengensteuerung in der Gebührenordnung nicht widerspruchsfrei in einem Vergütungssystem umzusetzen.

## 2. Gebührenordnung, Preisbildung und Bewertungsausschuss

- a) Beitragsneutralität bei der erstmaligen Festlegung der Orientierungswerte (§ 87 Abs. 2g): Die Orientierungspunktwerte bilden den Korridor für regionale Preisvereinbarungen. Die Berechnungsvorschrift hierzu setzt die bisherige Budgetierung in die Zukunft fort. Anstatt Bezug zu nehmen auf die durch den Erweiterten Bewertungsausschuss bereits beschlossenen Kalkulationspunktwert gibt die Regelung vor, dass die Orientierungspunktwerte aus den dem zu den bisherigen Budgetbedingungen erbrachten Leistungsvolumen zu berechnen sind.

Somit sind alle, auch die in den bisherigen Honorarverteilungsmaßstäben nicht berücksichtigten Leistungen einzubeziehen. Dieses Leistungsvolumen beträgt zwischen 20% und 30%. Nach diesem Verfahren wird der Orientierungspunktwert weniger als 66% des Kalkulationspunktwerts betragen.

Es wird folglich ein Preisverfall für ärztliche Leistungen vorprogrammiert. Die Kalkulationsgrundlage für die Pauschalen wird verlassen. Damit fehlt auch die notwendige stabile Kalkulationsgrundlage für eine angemessene fixkostenbezogene Preisabstaffelung. Eine verlässliche Kalkulationsgrundlage ist auch Basis für die Überlegung Qualität und Niederlassung durch Zu- und Abschläge zu steuern.

**b)** Weiterentwicklung der Preise (Orientierungswerte) nach Maßgabe der allgemeinen Kostenentwicklung (§ 87 Abs. 2h Nr. 1):

Diese Vorgabe erinnert an die sachfremde Bezugregelung des § 71 SGB V (Beitragssatzstabilität). Es ist nicht ersichtlich, warum Bezug auf die allgemeine Kostenentwicklung genommen wird. Maßgeblich sollte vielmehr die Entwicklung bei den für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten sein. Diese können vom Institut des Bewertungsausschusses und anhand amtlicher Indikatoren erhoben werden. Veränderungen im Leistungsspektrum können zu erheblichen Abweichungen dieser Indikatoren gegenüber der allgemeinen Kostenentwicklung führen.

**c)** Gegenfinanzierung der Preisaufschläge in unterversorgten Regionen durch Preisabschläge in überversorgten Regionen (§ 87 Abs. 2e):

Diese Regelung entstammt komplett dem Budgetierungsprinzip. Sie etabliert künftig interregionale Budgets und führt zu Verteilungs- statt zu Vergütungslogik.

Sie widerspricht der Trennung der Vergütungen zwischen dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich, die durch den Entwurf nicht aufgehoben wird. Bei einheitlichen, d.h. versorgungsbereichsübergreifenden Vergütungen bewirken die regionalen Zuschläge für eine Arztgruppe auch nicht sachge-

rechte Abschläge bei anderen Arztgruppen.

Die Regelung ist nicht mit der Gebührenordnungslogik vereinbar, wenn sie zu nicht kostendeckenden Preisen in überversorgten Regionen führt, obwohl Praxen in überversorgten Regionen gerechtfertigt einen weiten Einzugsbereich haben. Es ist zu fragen, in welcher Höhe finanzielle Anreize zur Ansiedlungspolitik erforderlich sind. Diese sind zumeist erheblich. Hierfür müssten Standorte massiv benachteiligt werden, an die Patienten ihrerseits über Planungsbereichsgrenzen reisen.

Diese regionale Budgetierung kann weder mit dem heutigen Instrumentarium der Bedarfsplanung umgesetzt werden noch ist sie sachgerecht. Wenn wie in der hausärztlichen Versorgung in den neuen Bundesländern einem überversorgten städtischen Planungsbereich ansonsten ländliche Planungsbereiche mit drohender Unterversorgung gegenüberstehen, wird der Spielraum für notwendige Verbesserungen der Anreizstrukturen in unterversorgten Regionen unnötig eingeschränkt oder die Kostendeckung anderer Standorte gefährdet. Eine sinnvolle gesetzliche Regelung erfordert Verzicht auf das Prinzip der Gegenfinanzierung.

- d) Kürzung der Versichertenpauschalen bzw. der fachärztlichen Grundpauschalen bei Arztwechsel des Versicherten innerhalb des Abrechnungszeitraums (§ 87 Abs. 2d):

Diese Maßnahme wirkt wie ein virtuelles Budget, in welchem dem Arzt die Verantwortung für das Verhalten des Patienten übertragen wird. Es muss sichergestellt sein, dass diese Regelung nicht bei Überweisungen gilt. Im Übrigen ist dies eine willkürliche Preiskürzung, da der Arzt auf das Verhalten des Versicherten keinen Einfluss hat. Die Verhaltenssteuerung vielmehr muss über erhöhte Zuzahlungen des Versicherten geregelt werden.

- e) Sehr weitgehende Ersatzvornahmefugnisse des Ministeriums für Entscheidungen des Bewertungsausschusses; vom Systemzuschlag abweichende Finanzierungsregel von Maßnahmen, die das Institut des Bewertungsausschusses oder beauftragte Dritte zur Vorbereitung von Ersatzvornahmen des Ministeriums oder aufgrund von Ersatzvornahmen leisten müssen (§ 87 Abs. 6):

Der Bewertungsausschuss wird seiner Funktion als Vertragsausschuss des Bundesmantelvertrags durch sehr weitgehende Möglichkeiten für staatliche Eingriffe enteignet. Auch wenn dies politisch so gewollt ist, ist es systematisch nicht korrekt, dass diese staatlichen Anordnungen sämtlich durch Haushaltsmittel der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände finanziert werden müssen. Auch hier muss konsequenter Weise ein Systemzuschlag eingesetzt werden.

### 3. **Arztbezogene Regelleistungsvolumen**

- a) Arztbezogene Regelleistungsvolumen (§ 85b) passen systematisch nicht zu einer Gebührenordnung. Die Regelung konterkariert die Prinzipien der Gebührenordnung und ist nicht umsetzbar.

Die Regelung widerspricht den Prinzipien der Einfachheit und Transparenz der Gebührenordnung. Zum einen besteht ein Widerspruch zur Pauschalierung. Die Mengensteuerung nutzt die gleichen Kriterien (Alter und Geschlecht), die zur Bildung der Grundpauschale oder der Versichertenpauschale (§ 87 Abs. 2a bis 2d) dienen. Der Arzt muss also die Pauschale ansetzen und deren Leistungen pflichtgemäß erbringen; er muss zugleich aber eine Kürzung des Preises akzeptieren, die jedoch aus ganz anderen, sachfremden Überlegungen hergeleitet ist, als die Preisbildung für die Pauschale. Diese Kürzung erfolgt z.B. aufgrund des Arztlisikos. Eine separate, externe Mengensteuerung muss auch entfallen, da eine widerspruchsfreie Umsetzung neben der fixkostenbezogenen Abstufungsregel in der Gebührenordnung (§ 87 Abs. 2 Satz 3 f.) oder der Zu- und Abschläge für die Niederlassungssteuerung unmöglich ist.

Die arztgruppenbezogene Ausgestaltung steht zudem im Widerspruch zur Flexibilisierung durch das Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄndG) und der in diesem Zuge erforderlichen Unterscheidung des bisherigen Behandlungsfalls in einen Arztfall und einen Betriebsstättenfall (mit unterschiedlichen arztgruppenübergreifenden Kooperationsmöglichkeiten). Der Arztfall kann kein anderes RLV erhalten wie der Betriebsstättenfall.

Arztbezogene Regelleistungsvolumen müssen ersatzlos entfallen. Die gewünschte Steuerung kann durch Regelungen in der Gebührenordnung zur

Verhinderungen übermäßiger Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit unter Berücksichtigung des Zulassungsumfangs und der nach Zeitprofilen anzunehmenden Kapazitätsgrenze erreicht werden.

**b) Übernahme des Arztlisikos durch die Kassenärztliche Vereinigung (§ 85b Abs. 3):**

Die Übertragung des Arztlisikos an die Kassenärztliche Vereinigung ist Bestandteil von Budgetierungsmaßnahmen, die mit festen Preisen und einer transparenten Euro-Gebührenordnung nicht vereinbar sind.

Angesichts der Flexibilisierung durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ist diese Regelung auch nicht mehr sachgerecht. Mittels der Mengensteuerung auf Arzzebene soll die Kassenärztliche Vereinigung eine eventuelle Arztlisikozunahme durch Mengenregulierung der Praxen ausgleichen – wohlgeachtet bei konstanten Preisen, die gemäß § 85a Abs. 2 nicht nach Arztgruppen differenziert werden dürfen. Trotzdem führt die Abstufungsregel des § 85b zwangsläufig zu arztgruppenbezogenen Preisdifferenzierungen, weil z.B. in zunehmenden Arztgruppen Preise bereits gemäß § 85b abgestuft werden, obwohl bei weitem keine Fixkostendeckung erreicht worden ist. Die Kooperationsmöglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes und die für Kooperationsformen wiederum gesondert zu kalkulierenden Pauschalen führen zu einer undurchsichtigen Wechselwirkung unterschiedlicher Abstufungsgrenzen und/oder Rücklagenerfordernissen. Diese Maßnahmen dürften die Transparenz der Preisbildung erheblich beeinträchtigen.

#### **4. Vereinbarung regionaler Preise und Gesamtvergütung**

Die Gesamtvergütung wird nach Vereinbarung regionaler Preise (§ 85a Abs. 2) durch Festlegung einer Punktzahlmenge je Krankenkasse festgelegt. Daraus resultieren zahlreiche Budgetwirkungen:

- a)** Leistungen, die über dieses Punktzahlvolumen hinausgehen, können nur dann voll vergütet werden, wenn Kriterien erfüllt sind, nach denen diese Leistungen aufgrund einer nicht vorhersehbaren Morbiditätsentwicklung erbracht worden sind. Leistungen, die nicht durch Morbiditätsentwicklung begründbar sind, werden nicht vergütet (§ 85a Abs. 3):

Die Regelung widerspricht der politisch angekündigten Abschaffung der Budgets. Die Konkretisierung der geforderten Kriterien wird extrem strittig umzusetzen sein und vermutlich maßlose Bürokratiefolgen nach sich ziehen, wenn Krankenkassen - wie im Überschreitungsfall zu erwarten - in eine Einzelfallprüfung der Behandlungsdiagnosen einsteigen. Angesichts der weitgehenden Pauschalierung der Leistungen ist diese Budgetierungsregelung aber völlig sachfremd. Sie stammt aus einem Regelungskontext, in dem mittels Regelleistungsvolumen bei einer weit weniger pauschalieren Vergütungsstruktur Mengenvereinbarungen getroffen werden sollten. Die Vorgabe eines Punktzahlvolumens muss bei Einführung einer Euro-Gebührenordnung entfallen.

- b)** Da die Gesamtvergütung im Voraus nach Zahl und Morbidität der Versicherten vereinbart werden muss, sind Annahmen über Versichertenzahl und Leistungsstrukturveränderungen (z.B. Verlagerung zwischen stationärem und ambulanten Sektor) zu treffen (§ 85a Abs. 3):

Die Regelung widerspricht der politisch angekündigten Abschaffung der Budgets. Das Risiko für Fehleinschätzungen trägt die Vertragsärzteschaft; Korrekturen sind jeweils erst für die Folgeperiode erlaubt. Wie sollte also auf unterjährige Fehleinschätzungen reagiert werden: Preiskorrekturen am Quartalsende, Aufnahme von Verbindlichkeiten durch die Kassenärztliche Vereinigung, Bildung von preismindernden Rücklagen im Vorfeld? Fazit: Der hier beabsichtigte Budgetierungsmechanismus widerspricht den Prinzipien fester Preise und einer transparenten Euro-Gebührenordnung.

- c)** Bezugnahme auf einen bundesdurchschnittlichen Leistungsbedarf je Patient und Morbiditätsklasse bei der erstmaligen Vereinbarung des Punktzahlvolumens (§ 85a Abs. 3):

Damit wird bereits bei der erstmaligen Berechnung regionaler Gesamtvergütungen das Risiko erhöht, dass es zu Abweichungen zwischen Ist- und Soll-Punktzahlvolumen kommt. Das Budgetproblem besteht fort.

- d)** Die Neuregelung des Fremdkassenzahlungsausgleichs durch das Prinzip „Preis am Leistungsort“ (§ 85a Abs. 7) leidet darunter, dass auch hierfür Vor- ausberechnungen der Fremdinanspruchnahme im Rahmen der Gesamtvergü-



tungsvereinbarung zu treffen sind (§ 85a Abs. 3 i.V.m. § 85b Abs. 3 Satz 2 Nr. 2). Anders als bei einer unmittelbaren Anerkennungsregelung, d.h. einer direkten Vergütung durch die Krankenkasse des Versicherten, trägt die Kassenärztliche Vereinigung zunächst das finanzielle Risiko des Zahlungsausgleichs.

## **V. Position der KBV**

Von der Einführung einer transparenten Gebührenordnung ist der Gesetzentwurf weit entfernt, ebenso von festen Euro-Preisen. Von der Abschaffung der Budgets kann keine Rede sein.

Eine Alternative hierzu sind die folgenden Lösungsmöglichkeiten (A), welche zu einem alternativen Formulierungsvorschlag führen (B).

### **A.**

Es wird folgendes Maßnahmenpaket vorgeschlagen:

1. Die Fortführung der Regelleistungsvolumen gemäß §§ 85a und 85b wird abgelehnt. Diese Regelungen konterkarieren die beabsichtigte Einführung fester Preise und die angekündigten Abschaffung der Budgets. Den Vertragsärzten werden damit Risiken übertragen, die zu willkürlichen Verzerrungen der Vergütungsstruktur führen müssen.
2. Für § 85b gibt es im Eckpunktepapier überhaupt keine Grundlage. Er muss wegen der direkten Widersprüche zu den in § 87 SGB V formulierten Strukturprinzipien der Gebührenordnung zwingend entfallen.
3. Die Mengensteuerung wird ausschließlich in die Gebührenordnung verlagert. Hierfür kann die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den in § 87 Abs. 2a genannten Strukturprinzipien eigene Vorschläge einbringen.
4. Die Vorgabe eines Budgets bei der erstmaligen Einführung fester Preise widerspricht den Kalkulationsprinzipien für die Bewertung und insbesondere der fixkostenorientierten Abstufungsregel in der Gebührenordnung. Hierfür ist § 87 Abs. 2c des Arbeitsentwurfes komplett zu überarbeiten. Die Preisbildung richtet sich nach den dem Ein-

heitlichen Bewertungsmaßstab zugrunde gelegten und im Bewertungsausschuss bereits beschlossenen Kalkulationskriterien.

5. Die Gesamtvergütungen nach § 85 SGB V sowie der EBM werden im Übergangsjahr 2007 entsprechend der Tarifierhöhungen für Krankenhausärzte sowie der Mehrwertsteuererhöhung gesetzlich angepasst.
6. Im Vorfeld der Einführung einer bundeseinheitlichen Euro-Gebührenordnung muss der Vergütungsrückstand in den neuen Bundesländern angepasst werden, der aufgrund § 313a SGB V in der bisher geltenden Fassung ausgelöst worden ist. Das Verbot der Verwendung von Risikostrukturausgleichsmitteln für die Vergütung von Leistungserbringern hat einseitig die vertragsärztliche Versorgung benachteiligt. Dies belegt eine Vergleichsberechnung der Leistungsausgaben je Versicherten nach Hauptleistungsbereichen des Risikostrukturausgleichs unter Berücksichtigung der Altersstrukturen in den neuen Bundesländern.
7. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterbreitet konkrete Formulierungsvorschläge, durch die die vorstehenden Kritikpunkte berücksichtigt werden.

## **B.**

Formulierungsvorschlag [Bezugsbasis: Gesetzentwurf]:

### **1. §§ 85a bis 85 d i.d.F. des Gesetzentwurfs werden wie folgt gefasst:**

„§ 85a

Regionale Euro-Gebührenordnung, Gesamtvergütung

(1) Abweichend von § 85 gelten für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab 1. Januar 2009 die in Absatz 2 bis 6 getroffenen Regelungen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren auf der Grundlage der Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2g Satz 1 Nr. 1 bis 3, erstmals bis zum 31. Oktober 2008, danach jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres Punktwerte, die zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen von der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung im Folgejahr anzuwenden sind. Die Vertragspartner nach Satz 1 können dabei einen Zu-

schlag auf oder einen Abschlag von den Orientierungswerten gemäß § 87 Abs. 2g Satz 1 Nr. 1 bis 3 vereinbaren, um insbesondere regionale Besonderheiten, die sich aus den für Arztpraxen maßgeblichen Investitions- und Betriebskosten in einem Bundesland und der regionalen Fallzahlentwicklung ergeben, zu berücksichtigen. Dabei sind zwingend die Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 2g Sätze 6 und 7 anzuwenden. Der Zuschlag oder der Abschlag darf nicht nach Arztgruppen und nach Kassenarten differenziert werden und ist einheitlich auf alle Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2g Satz 1 Nr. 1 bis 3 anzuwenden. Bei der Festlegung des Zu- oder Abschlags ist zu gewährleisten, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Aus den vereinbarten landeseinheitlichen Punktwerten und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 ist eine regionale Gebührenordnung mit Europreisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen; in der Gebührenordnung sind dabei sowohl der Preis für den Regelfall, als auch die Preise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung auszuweisen. § 89 Abs. 1 gilt.

(3) Die regionale Gebührenordnung nach Absatz 2 gilt jeweils für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, in welchem die vertragsärztliche Leistung erbracht wird. Die Krankenkassen vergüten vertragsärztliche Leistungen unabhängig vom Wohnort der Versicherten nach Maßgabe der regionalen Euro-Gebührenordnung am Leistungsort.

(4) Die von den Krankenkassen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 85 Abs. 1 zu zahlende Gesamtvergütung ist die Punktzahlsumme der im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung erbrachten vertragsärztlichen Leistungen nach Maßgabe des Bewertungsmaßstabs gemäß § 87 Abs. 2b bis 2f, die mit Punktwerten entsprechend der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 und nach Absatz 3 zu vergüten ist. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien vereinbaren jährlich bis zum 31. Oktober das Verfahren der Abschlagszahlung an die Kassenärztliche Vereinigung. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich stellen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen sicher, dass die Abschlagszahlung 95 v.H. des zu erwartenden Finanzvolumens eines Kalendervierteljahres nicht unterschreitet. Die Abschlagszahlung ist jeweils bis zum dritten Werktag des Kalendervierteljahres zu leisten.

(5) Die Zuweisung der Gesamtvergütung nach Absatz 4 und die Mitteilung der jeweils geltenden regionalen Preise an die Vertragsärzte obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung. Widerspruch und Klage gegen die Vergütungsfestsetzung der Kassenärztlichen Vereinigung haben keine aufschiebende Wirkung. Die Kassenärztliche Vereinigung ist befugt, Bestimmung von Abrechnungsfristen und -belegen sowie von Vergütungsanteilen für Verwaltungsaufwand und Sicherstellungsaufgaben zu treffen.“

**§ 85b** wird gestrichen.

**§ 85c** wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 85c  
Vergütung ärztlicher Leistungen im Jahr 2007“

b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

"Für Krankenkassen, die im Jahr 2007 die Gesamtvergütung erstmalig nach dem Wohnortprinzip gemäß § 83 Satz 1 vereinbaren, ergibt sich der Ausgangsbetrag für die Vereinbarung der Gesamtvergütung jeweils durch die Multiplikation folgender Faktoren:

1. des Betrags, der sich bei der Teilung der für das Jahr 2006 geltenden Gesamtvergütung durch die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ergibt,
2. der Zahl der Mitglieder der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der vertragsschließenden Kassenärztlichen Vereinigung.

Die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ist nach dem Vordruck KM6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Juli 2006 zu bestimmen."

c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Abweichend von § 71 Abs. 3 erhöhen die Vertragsparteien der Gesamtverträge gemäß § 83 die Gesamtvergütungen im Jahr 2007 bis für den im Verteilungsmaßstab gemäß § 85 Abs. 4 anzuwendenden Verteilungspunktwert ein Punktwert erreicht ist, der der im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 10.12.2003 für die Kalkulation von Leistungen im Bewertungsmaßstab festgelegten Kalkulationsgrundlage entspricht, jedoch nicht um mehr als 10 v.H.“

**§ 85d** wird wie folgt gefasst:

„§85d  
Vergütung ärztlicher Leistungen im Jahr 2008

Abweichend von § 71 Abs. 3 erhöhen die Vertragsparteien der Gesamtverträge gemäß § 83 auf der Grundlage der Gesamtvergütung von 2007 die Gesamtvergütungen im Jahr 2008 bis für den im Verteilungsmaßstab gemäß § 85 Abs. 4 anzuwendenden Verteilungspunktwert ein Punktwert erreicht ist, der der im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 10.12.2003 für die Kalkulation von Leistungen im Bewertungsmaßstab festgelegten Kalkulationsgrundlage entspricht, jedoch nicht um mehr als 10 v.H. Nur wenn der Punktwert nach Satz 1 bereits in 2007 erreicht worden ist, gilt die Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3.“

## 2. § 87 i.d.F. des Gesetzentwurfs wird wie folgt geändert:

a) Nr. 57 Buchst. e) und f) = § 87 Abs. 2a bis 2h:

Absätze 2a bis 2h werden durch folgende Absätze 2a bis 2h - neu - ersetzt:

"(2a) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden. Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 1 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Grunde zu legen.

(2b) Die Leistungen der hausärztlichen Versorgung sind als Versichertenpauschalen abzubilden; für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen, können Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorgesehen werden. Zudem können Qualitätszuschläge vorgesehen werden, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird. Mit den Pauschalen nach Satz 1 werden die gesamten üblicherweise im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten erbrachten Leistungen einschließlich der anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen vergütet. Die Pauschalen sind nach den Kriterien Alter und Geschlecht zu differenzieren, um die mit dem altersüblichen Gesundheitszustand verbundenen Unterschiede im Behandlungsaufwand der Versicherten zu berücksichtigen. Für Versichertengruppen, deren Behandlung mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand verbunden ist, kann die Versichertenpauschale durch Mor-

biditätszuschläge ergänzt werden. Die Gesamtzahl unterschiedlicher Versichertenpauschalen ist zur Wahrung der Einfachheit und Übersichtlichkeit zu begrenzen.

(2c) Die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind arztgruppenspezifisch als Pauschalen abzubilden; Einzelleistungen können nur vorgesehen werden, soweit dies medizinisch erforderlich ist. Mit den Pauschalen nach Satz 1 werden die üblicherweise von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet. Die Pauschalen sind entsprechend der Morbiditätskriterien nach Absatz 2f zu differenzieren. Soweit nicht anders möglich, können die Leistungen einer Arztgruppe abweichend von Satz 1 als Grund- und Zusatzpauschalen abgebildet werden. Mit den Grundpauschalen nach Satz 4 werden die überwiegend von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet. Abweichend von Satz 3 können die Grundpauschalen arztgruppenspezifisch nach den Kriterien Alter und Geschlecht differenziert werden, um die mit dem altersüblichen Gesundheitszustand verbundenen Unterschiede im Behandlungsaufwand der Versicherten zu berücksichtigen. Mit den Zusatzpauschalen nach Satz 4 wird der besondere Leistungsaufwand vergütet, der sich in besonderen Behandlungsfällen aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers ergibt.

(2d) Für die Versorgung im Rahmen von kooperativen Versorgungsformen sind spezifische Versichertenpauschalen festzulegen, die dem Zusammenwirken von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen in diesen Versorgungsformen Rechnung tragen. Im Übrigen gelten die Regelungen nach Absatz 2c.

(2e) Es sind Regelungen vorzusehen, die sicherstellen, dass der obligatorische Leistungsinhalt der in den Absätzen 2b, 2c und 2d genannten Pauschalen jeweils vollständig erbracht wird, die jeweiligen notwendigen Qualitätsstandards eingehalten, die abgerechneten Leistungen auf den medizinisch notwendigen Umfang begrenzt sowie bei Abrechnung der Fallpauschalen nach Absatz 2d die Mindestanforderungen zu der institutionellen Ausgestaltung der Kooperation der beteiligten Ärzte eingehalten werden; dazu kann die Abrechenbarkeit der Leistungen an Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen auf der Grundlage von § 135 Abs. 2 sowie an gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu erbringende Dokumentationsverpflichtungen geknüpft werden. Zudem sind Regelungen vorzusehen, die sicherstellen, dass die Abrechnung der Versichertenpauschalen nach Absatz 2b bis 2d sowie der Grundpauschalen nach Absatz 2c Satz 4 für einen Versicherten nur durch einen Arzt im Abrechnungszeitraum erfolgt. Die Regelungen nach Absatz 2a bis Absatz 2e sind erstmalig bis zum 31. August 2008 zu treffen.

(2f) Der Bewertungsausschuss bildet zur Bestimmung der Morbiditätskriterien, die zur Differenzierung der Versichertenpauschalen nach Absatz 2b bis 2d verwendet werden, diagnosebezogene Risikoklassen für Versicherte mit vergleichbarem Behandlungsbedarf nach einem zur Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung geeigneten Klassifikationsverfahren; Grundlage hierfür sind das Alter und Geschlecht der Versicherten und die vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Abs. 1 Satz 2 sowie die tatsächlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen. Der Bewertungsausschuss soll sich an den für den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen maßgeblichen Krankheiten orientieren. Falls erforderlich können weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden, die mit den im jeweils geltenden Risikostrukturausgleich verwendeten Morbiditätskriterien vereinbar sind. Die Beschlüsse zur Anwendung des Klassifikationsverfahrens zur Differenzierung der Pauschalen nach Satz 1 sind erstmalig bis zum 31. Dezember 2007 zu treffen.

(2g) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen sind jährlich bis zum 31. August jeweils bundeseinheitliche Punktwerte als Orientierungswerte in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

1. im Regelfall,
2. bei Feststellung von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 sowie
3. bei Feststellung von Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 Satz 1

festzulegen. Die Orientierungswerte gemäß Satz 1 Nr. 2 sollen den Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 1 so überschreiten und die Orientierungswerte gemäß Satz 1 Nr. 3 sollen den Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 1 so unterschreiten, dass sie eine steuernde Wirkung auf das ärztliche Niederlassungsverhalten entfalten; die Orientierungswerte nach Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3 können nach Versorgungsgraden differenziert werden. Bei der Festlegung der Orientierungswerte gemäß Satz 1 Nr. 3 dürfen die durchschnittlichen Investitions- und Betriebskosten je Fall jedoch nicht unterschritten werden. Die Orientierungswerte gemäß Satz 1 Nr. 3 sind im Rahmen einer fünfjährigen Übergangsregelung danach zu differenzieren, ob sie zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen von Ärzten, die bereits vor der erstmaligen Vereinbarung der Orientierungswerte zugelassen waren (Altfälle) oder von Ärzten, die erst nach der erstmaligen Vereinbarung der Orientierungswerte zugelassen werden (Neufälle), angewendet werden. Der Bewertungsausschuss bestimmt die Fälle, in denen die Orientierungswerte gemäß Satz 1 Nr. 2 und 3 zwingend anzuwenden sind, den Anwendungszeit-

raum sowie den Zeitpunkt, zu dem ihre Wirkung zu überprüfen ist. Zudem legt der Bewertungsausschuss jährlich bis zum 31. August Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten nach § 85a Abs. 2 Satz 2 fest, auf deren Grundlage in den regionalen Punktwertvereinbarungen von den Orientierungswerten nach Satz 1 abgewichen werden kann. Als Indikatoren für das Vorliegen von regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur dienen ausschließlich Indikatoren der für Arztpraxen maßgeblichen Investitions- und Betriebskosten. Der Bewertungsausschuss kann hierzu eigene Erhebungen durchführen.

(2h) Die erstmalige Festlegung der Orientierungswerte sowie der Indikatoren nach Absatz 2g erfolgt für das Jahr 2009 bis zum 31. August 2008. Dabei richtet sich der Orientierungswert nach Absatz 2g Satz 1 Nr. 1 nach dem zur Kalkulation ärztlicher Leistungen gemäß Absätzen 2b bis 2f verwendeten Punktwert. Maßgeblich ist der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 10. Dezember 2003, korrigiert um die bis zum 31. Dezember 2007 eingetretenen Veränderungen der für den Beschluss maßgeblichen Faktoren. In den Folgejahren legt der Bewertungsausschuss jährlich die Veränderungen der Orientierungswerte nach Absatz 2g fest, wobei er insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen hat:

1. die Veränderung des durchschnittlichen Arztlohnes der Kalkulationsgrundlage gemäß Satz 2;
2. die Veränderung der für Arztpraxen maßgeblichen Investitions- und Betriebskosten;
3. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Absatz 2 Satz 2 erfasst worden sind;
4. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen, soweit diese noch nicht durch die Abstaffelungsregelung nach Absatz 2 Satz 3 berücksichtigt worden ist;
5. aufgetretene Defizite bei der Steuerungswirkungen der Orientierungswerte gemäß Absatz 2g Satz 1 Nr. 2 und 3.“

**b)** Nr. 55 Buchst. j) = § 87 Abs. 3a bis 3g

**aa)** Absatz 3b wird wie folgt geändert:



Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in Absatz 3 genannten Spitzenverbände der Krankenkassen gründen bis zum 31. Januar 2007 ein Institut, das den Bewertungsausschuss bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben gemäß Absätzen 2a bis 2h sowie gemäß Absatz 3a und 7 unterstützt. Das Institut unterstützt auf Verlangen die Vertragspartner gemäß § 85a.“

**bb)** Absatz 3c wird wie folgt geändert:

Es wird folgender Satz 4 angefügt:

„Kommt eine Vereinbarung bis zum 31. Dezember 2006 nicht zustande, entscheidet der erweiterte Bewertungsausschuss gemäß Absatz 4.“

**cc)** Absatz 3f wird wie folgt geändert:

Satz 10 wird gestrichen.

Begründung:

Folgeregelung zu Absatz 2h. Es findet keine Hochrechnung für das Jahr 2008 statt. Abgesehen von der abzulehnenden budgetierenden Wirkung der Maßnahme, wäre die Hochrechnung in hohem Maße fehleranfällig und einschließlich der erforderlichen Datenerhebung in dem vorgesehenen Zeitrahmen gänzlich undurchführbar.

**c)** Nr. 55 Buchst. I) = § 87 Abs. 6:

Absatz 6 wird wie folgt geändert:

Satz 6 wird gestrichen.

Begründung:

Die Maßnahmen, die infolge einer Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit veranlasst werden gehören zum Aufgabenbereich des Instituts. Es ist daher nicht sachgerecht, die Finanzierung dieser Maßnahmen vom Systemzuschlag gemäß § 87 Abs. 3c auszunehmen und hierfür ein ge-

sondertes Finanzierungsverfahren aus Haushaltsmitteln der Trägerinstitutionen vorzusehen.

### **3. Folgeregelung zur vorgesehenen Streichung der Absätze 2 bis 5 in § 313a SGB V**

In einem eigenen Artikel unter den Überleitungsvorschriften mit Inkrafttreten zum 1. Januar 2007 wird folgende Regelung getroffen:

#### „Artikel XY

Soweit im Jahr 2006 aufgrund des Verwendungsverbots für Ausgleichsansprüche der Krankenkassen im Beitrittsgebiet gemäß § 313a Abs. 3 SGB V in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung ausweislich der amtlichen Statistiken des Bundesversicherungsamts für den Risikostrukturausgleich im Hauptleistungsbereich 1 (Ärzte) maßgebliche Abweichungen der durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten im Beitrittsgebiet von den durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten im übrigen Bundesgebiet bestehen, sind diese im Jahr 2007 durch eine einmalige Anpassung der hierfür Gesamtvergütungen im Beitrittsgebiet nach Maßgabe von Satz 2 anzugleichen. Die Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigung der neuen Bundesländer werden jeweils um den Vomhundertsatz angehoben, um den der durchschnittliche Ausgabenbetrag je Versicherten für den Hauptleistungsbereich 1 (Ärzte) im Beitrittsgebiet den durchschnittlichen Ausgabenbetrag je Versicherten für den Hauptleistungsbereich 1 (Ärzte) im übrigen Bundesgebiet (West) im Jahr 2006 unterschreitet; zur Berechnung des Anpassungsbedarfs ist die Alterstruktur der Versicherten im Beitrittsgebiet auf die Altersstruktur der Versicherten im übrigen Bundesgebiet zu normieren. Eine maßgebliche Abweichung nach Satz 1 liegt vor, wenn für den Hauptleistungsbereich 1 (Ärzte) die durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten im Beitrittsgebiet den Vergleichswert im übrigen Bundesgebiet nach Altersnormierung um mehr als 10 v.H. unterschreiten. Die einmalige Anhebung der Vergütungen und Preise nach Satz 2 ist neue Ausgangsbasis für Vereinbarungen nach dem vierten Kapitel des SGB V und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Jahr 2007.“

#### Begründung:

Das Verwendungsverbot für Ausgleichsansprüche gemäß § 313a Abs. 3 SGB V hat eine maßgeblich begrenzende Wirkung faktisch nur auf die Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung ausgeübt. Maßstab hierfür sind die Durchschnittsausgaben je Versicherten in den Hauptleistungsbereichen in der amtlichen Statistik des Bundes-

versicherungsamts für den Risikostrukturausgleich. Nach erfolgter Normierung der Altersstruktur bestehen wesentliche Unterschiede in den Durchschnittsausgaben je Versicherten zwischen West und Ost allein für den Hauptleistungsbereich 1 (Ärzte). Für die vertragsärztliche Versorgung lagen die Durchschnittsausgaben je Versicherten im Beitrittsgebiet im Jahr 2004 rund 25 v.H. unter den Durchschnittsausgaben je Versicherten im übrigen Bundesgebiet. Die bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltende Regelung hat folglich zu einer erheblichen Verwerfung in der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen zwischen den alten und neuen Bundesländern geführt. Diese Verwerfung ist weder sachgerecht noch vereinbar mit der angestrebten Angleichung der Lebensverhältnisse; statt das Niederlassungsverhalten von Vertragsärzten zu fördern übt sie eine kontraproduktive und den sich insbesondere in den neuen Bundesländern abzeichnenden Ärztemangel verstärkende Anreizwirkung aus. Die offenkundigen Diskrepanzen im Niveau der vertragsärztlichen Vergütung müssen schließlich vor der Einführung bundeseinheitlicher Vergütungsregelungen gemäß § 85a und § 87 SGB V ausgeglichen werden.

## Regelungsthema Nr. 3: Dienstleistungsgesellschaften der KVen

### I. Regelungsthema (Stichwort)

Dienstleistungsgesellschaften der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen

Art. 1 Nr. 49 = § 77a SGB V

### II. Wesentlicher Regelungsinhalt

Die neue Vorschrift gestattet Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung – wohl auch gemeinsam – sogenannte Dienstleistungsgesellschaften zu gründen. Die Gesellschaften dürfen folgende Aufgaben gegenüber vertragsärztlichen Leistungserbringern – damit sind sowohl Vertragsärzte, als auch Vertragspsychotherapeuten, wohl aber auch im Status der Ermächtigung tätige Einrichtungen gemeint – erfüllen:

1. Beratung beim Abschluss von Verträgen, die die Versorgung von Versicherten mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen;
2. Beratung in Fragen der Datenverarbeitung, der Datensicherung und des Datenschutzes;
3. Beratung in allgemeinen wirtschaftlichen Fragen, die die Vertragsarztstätigkeit betreffen;
4. Vertragsabwicklung für Vertragspartner von Verträgen, die die Versorgung von Versicherten mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen;
5. Übernahme von Verwaltungsaufgaben für Praxisnetze;

Die Gesellschaften dürfen nur gegen Kostenersatz tätig werden. Eine Finanzierung aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen ist ausgeschlossen (§ 77a Abs. 3 SGB V).

### III. Analyse/Probleme/Bewertung

Zunächst ist festzuhalten, dass die Erfüllung der vorgenannten Aufgaben nicht durch die Kassenärztliche Vereinigung unmittelbar – wenn sie dies für zweckmäßig ansähe – erfolgen kann, sondern nur durch entsprechende Dienstleistungsgesellschaften, die von der Kassenärztlichen Vereinigung gegründet werden. Damit scheidet auch der „hoheitliche“ Charakter entsprechender Aufgaben aus, der gegebenenfalls eine steuerrechtliche Begünstigung der Ausführung solcher Aufgaben ermöglicht hätte. Die entsprechenden Dienstleistungsgesellschaften dürften wohl steuerpflichtig sein.

Hinsichtlich der Aufgabe in Absatz 2 Nr. 2 ist zu kritisieren, dass der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. einer entsprechenden Dienstleistungsgesellschaft nicht gestattet ist, Maßnahmen zu ergreifen, welche die Vernetzung von Praxen technisch unterstützen, insbesondere die elektronische Kommunikation unter Ärzten fördern und dass zu diesem Zweck elektronische Betriebssysteme und Programme zur Verfügung gestellt werden können.

Im übrigen ist abzulehnen, dass die Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen an hausarztzentrierter, besonderer ambulanter und integrierter Versorgung auch nicht über solche Dienstleistungsgesellschaften als zulässig angesehen wird (vgl. auch Stellungnahme Nr. B.1).

Der Gesetzgebungsvorschlag ist auch insoweit kritisch zu sehen, als die Dienstleistungsaufgaben nur in der Rechtsform einer Dienstleistungsgesellschaft, die von der Kassenärztlichen Vereinigung zu gründen wäre, durchführbar sind. Entsprechende Aufgaben sollten auch der Kassenärztlichen Vereinigung zugewiesen werden. Es bedarf einer Ergänzung für den Bereich der Telematik. Außerdem ist in der Finanzierungsregelung insoweit abzulehnen, als – versteht man die Formulierung entsprechend ihrem Wortlaut – auch der Gründungsaufwand und eine Anlauffinanzierung entsprechender Gesellschaften aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigung nicht gestattet wäre. Dies widerspricht der Zielsetzung.

### IV. Vorschlag der KBV

Der nachstehende Formulierungsvorschlag ist eine zusammenfassende Formulierung unter Verwendung der Formulierungsvorschläge bzw. -hinweise in der Stellungnahme B.1.V.3 sowie Stellungnahme B.9 (III.1).

§ 77a SGB V erhält folgende Fassung:

„§ 77a

Dienstleistungsgesellschaften

- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können zur Erfüllung der in Absatz 2 aufgeführten Aufgaben auch Gesellschaften gründen.
- (2) Gesellschaften nach Absatz 1 können gegenüber vertragsärztlichen Leistungserbringern folgende Aufgaben erfüllen:
1. Beratung beim Abschluss von Verträgen, die die Versorgung von Versicherten mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen,
  2. Beratung in Fragen der Datenverarbeitung, der Datensicherung und des Datenschutzes,
  - 2a. technische Unterstützung bei der elektronischen Kommunikation und der elektronischen Patientenakte durch Betriebssysteme und Programme,
  - 2b. Entwicklung von die Vertragsarztstätigkeit betreffender Software und Rechenzentrumsdiensten.
  3. Beratung in allgemeinen wirtschaftlichen Fragen, die die Vertragsarztstätigkeit betreffen,
  4. Vertragsabwicklung für Vertragspartner von Verträgen, die die Versorgung von Versicherten mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen,
  5. Übernahme von Verwaltungsaufgaben für Praxisnetze,
  6. Abschluss und Durchführung von Verträgen nach §§ 73b, 73c und § 140b.
- (3) Gesellschaften nach Absatz 1 dürfen nur gegen Kostenersatz tätig werden. Eine Finanzierung aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ist mit Ausnahme der Übernahme der Kosten der Gründung und einer angemessenen Finanzausstattung ausgeschlossen.“

Begründung:

Die Änderungen stellen klar, dass die in Absatz 2 beschriebenen Aufgaben durch die Kassenärztlichen Vereinigungen als auch durch Gesellschaftsgründung durchgeführt werden können. Ergänzt wird der Aufgabenkatalog durch Tätigkeiten im IT-Bereich und den Abschluss von Verträgen nach §§ 73b, 73c und § 140b SGB V.

Es wird klargestellt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Gesellschaft aus ihren

Mitteln gründen darf und auch Mittel zu einer angemessenen Finanzausstattung, insbesondere zu Anschubfinanzierung verwenden darf. Ohne diese Möglichkeit dürfte eine entsprechende Gesellschaft kaum realisiert werden können.

## Regelungsthema Nr. 4: Gemeinsamer Bundesausschuss (Organisation/Neue Aufgaben)

### I. Regelungsthema (Stichwort)

Gemeinsamer Bundesausschuss – Organisation/Neue Aufgaben

Art. 1 Nrn. 61 bis 63 = §§ 91, 92, 94 SGB V; Art. 2 Nr. 14 = § 91 SGB V

### II. Wesentlicher Regelungsinhalt

#### A. Organisation

#### 1. Grundlinien der Neuregelung

- Die Beschlüsse im Gemeinsamen Bundesausschuss werden von (ehrenamtlichen) Unparteiischen und hauptamtlichen Mitgliedern getroffen.
- Über die drei unparteiischen Mitglieder erfolgt eine Einigung der beteiligten Verbände.
- Die übrigen sechs Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses werden vom Spitzenverband Bund (drei Mitglieder) sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, DKG, KZBV gemeinsam vorgeschlagen und nach Zustimmung des BMG ernannt.
- Die derzeitigen sechs Beschlussgremien werden auf ein Beschlussgremium reduziert (3 unparteiische + 6 weitere Mitglieder).
- Die weitere Organisation des Gemeinsamen Bundesausschusses wird durch eine Rechtsverordnung des BMG festgelegt.



- Die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgt durch Zuschläge zu den Vergütungen entsprechend der Finanzierung des IQWiG (§ 139c Abs. 1 SGB V). Die Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses soll zum 31. März 2008 abgeschlossen sein.

## **2. Einzelregelungen**

- Das neue Beschlussgremium trifft alle Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere Richtlinienbeschlüsse.
- Das neue Beschlussgremium besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern (nicht hauptamtlich), drei von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vorgeschlagenen Mitgliedern und drei gemeinsam von den Leistungserbringern (KBV, DKG, KZBV) vorgeschlagenen Mitgliedern Vertreterinnen und Vertreter, die von Patientenorganisationen vorgeschlagen werden (ohne Stimmrecht), bleiben in ihrem jetzigen Status.
- Die Einsetzung der vorgeschlagenen hauptamtlichen Mitglieder erfolgt durch den Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- Auf den unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sollen sich der Spitzenverband Bund und die KBV, KZBV und DKG einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt Benennung durch BMG.
- Die Mitglieder stehen im Dienst des Gemeinsamen Bundesausschusses (Dienstvertrag). Die Amtszeit beträgt vier Jahre, eine zweite Amtszeit ist möglich, soweit das Mitglied wieder vorgeschlagen wird und das BMG zustimmt.
- Die Mitglieder des Beschlussgremiums sind bei den Entscheidungen an Weisungen nicht gebunden.

## **3. Weitere Rahmenregelungen durch Rechtsverordnung des BMG**

BMG kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten regeln zu

- Stellung, Funktion und Vergütung der hauptamtlichen Mitglieder und Patientenvertreter,
- zur Organisation und zum Verfahren der Vorbereitung von Entscheidungen des Beschlussgremiums sowie zur
- Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 Abs. 11 SGB V).

Weitere Rahmenregelungen sind eine Verfahrensordnung und eine Geschäftsordnung (§ 91 Abs. 4). Die Beschlüsse bedürfen der Genehmigung des BMG.

#### **4. Arbeitsweise**

Im Gemeinsamen Bundesausschuss werden die Beschlüsse mit Mehrheit gefasst. Die Unparteiischen werden gestärkt: Halten sie einen Beschlussvorschlag einheitlich für nicht sachgerecht, können sie dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag vorlegen, der bei der Entscheidung zu berücksichtigen ist (§ 91 Abs. 7). Die Sitzungen des Beschlussgremiums sind „in der Regel öffentlich“ (§ 91 Abs. 7 Satz 4).

#### **5. Aufgaben des BMG**

BMG übt Aufsicht aus (§ 91 Abs. 8 [entspricht bisheriger Regelung]). Der Rechtsrahmen des Beanstandungsrechts wird gestärkt (§ 94 Abs. 1 Sätze 3 und 4 [die Regelung findet sich in Art. 1 des Entwurfs]): Lauf der Beanstandungsfrist wird unterbrochen bei Anforderung zusätzlicher Informationen und ergänzender Stellungnahmen; Zulassung von Nebenbestimmungen und Fristsetzung bei Auflagen.

#### **6. Errichtungsverfahren:**

Die Neuorganisation erfolgt zum 1. Januar 2008 (bis 31.01.2008 erfolgt die Bestellung des Vorsitzenden). Die Bildung des Beschlussgremiums soll bis zum 31. März 2008 abgeschlossen sein. Bis zur Bildung des Beschlussgremiums fasst der Gemeinsame Bundesausschuss Beschlüsse in der bisherigen Zusammensetzung. Bis zur Bestellung des hauptamtlichen Vorsitzenden nimmt der bisherige Vorsitzende die Aufgaben des Vorsitzenden wahr.

#### **7. Weitere organisatorische Regelungen**

Nach § 137a SGB V - neu – (Art. 1 Nr. 111 Entwurf) soll zum Zwecke der „Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität“ eine unabhängige Institution durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt werden, „Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu entwickeln, die möglichst sektorenübergreifend anzulegen sind“. Die Institution soll sich auch an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligen. Die übergreifenden Aufgaben werden in § 137a Abs. 2 näher beschrieben. „Bereits existierende Einrichtungen sollen genutzt und, soweit erforderlich, in ihrer Organisationsform den Aufgaben angepasst werden.“ (§ 137a Abs. 1 Satz 3). [Vgl. für den weiteren Zusammenhang nachstehend B. sowie den gesonderten Vermerk zu der Problematik „Qualität“ (Stellungnahme B.5).]

## **B. Neue Aufgaben und Kompetenzerweiterung**

### **1. Neue Richtlinien**

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss werden SGB V weitere umfangreiche neue Aufgaben zur untergesetzlichen Ausgestaltung neuer Regelungen zugewiesen:

- § 20d – Schutzimpfungen
- § 31 Abs. 2a – „Höchstbetragsarzneimittel“
- § 37 Abs. 5 – „Häusliche Krankenpflege“ (Mitgabe von Arzneimitteln im Krankenhaus im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt – vgl. § 97 Abs. 7 Satz 1 Nr. 3)
- § 37b Abs. 2 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 – „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“
- § 73d – Qualifikationsvoraussetzungen bei der Verordnung besondere Arzneimittel
- § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 – Richtlinien zur Qualitätssicherung (dieser Auftrag, der in § 92 umfassend beschrieben ist, geht über die an weiteren Stellen, insbesondere in § 137 geregelten Aufgaben zur externen Qualitätssicherung, hinaus)

[Vgl. im übrigen den gesonderten Vermerk zur „Qualität“ = Stellungnahme B.5]

### **2. Durchführungskompetenzen**

Neu ist § 137a mit dem Titel „Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität“ (s. oben A.7). Die Aufgaben der Institution werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (in seiner neuen Zusammensetzung!) bestimmt. Mit der Beauftragung der Institution mit „Durchführungs“-Aufgaben wird den Kassenärztlichen Vereinigungen eine wesentliche Aufgabe im Bereich der Qualitätssicherung entzogen (vgl. im übrigen den gesonderten Vermerk zum Regelungsthema B.5: Qualität).

### **III. Analyse/Probleme/Bewertung**

Die Veränderung der Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses durch hauptamtliche Mitglieder, die nicht mehr „Vertreter“ der bisherigen „Bänke“ sind, verwandelt den Gemeinsamen Bundesausschuss von einer Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung – insofern sind die in § 91 Abs. 1 fortbestehenden Regelungen „Etikettenschwindel“ – zu einer Behörde unter staatlicher Aufsicht mit Entscheidungsspielraum. Denn die Hauptamtlichkeit des Beschlussgremiums in den Kreisen seiner von den Beteiligten entsandten Mitglieder und die Zusammenfassung in einem Beschlussgremium schafft eine Ungleichheit im Verhältnis der Betroffenheit der Bänke und begründet damit auch ein verfassungsrechtliches Legitimationsdefizit für entsprechende Beschlüsse. Dies gilt insbesondere für die Varianz auf der Leistungserbringerseite, wo drei unterschiedliche Mitglieder tätig sind. Unklar ist auch, wie verfahren werden soll, wenn sich KBV, KZBV und DKG über diese Mitglieder nicht gemeinsam verständigen können.

Damit wird im gesamten Aufgabenbereich des Gemeinsamen Bundesausschusses, der schwerpunktmäßig in der Beschreibung und Konkretisierung der Versicherungsleistungen sowie struktureller Vorgaben und künftig der Qualitätssicherung liegt, die Mitwirkung der beteiligten Krankenkassen und Leistungserbringer praktisch nur noch über ein Stimmrecht bewirkt. Daran ändert letztlich auch nichts, dass möglicherweise durch die in der Rechtsverordnung festzusetzenden Rahmenregelungen in die Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses Vertreter der beteiligten Krankenkassen und Leistungserbringerorganisationen entsandt werden können, da die Letztentscheidung bei dem hauptamtlichen Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses liegt und die hauptamtlichen Mitglieder auch in den Unterausschüssen tätig werden müssen. Der bisher meistens polemisch verwandte Begriff der „Staatsmedizin“ wird hier durch ein entsprechendes Regelwerk bestätigt. Dies wird in der Praxis auch dazu führen, dass die beteiligten Krankenkassen und Leistungserbringer mehr als bisher Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses rechtlich überprüfen lassen und damit die Gerichte beschäftigen.

#### **IV. Position der KBV**

Die Vorschläge sind abzulehnen. Die bisherige Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses, die sich bewährt hat, ist zu erhalten. Verfahrensvorschläge zur Beschleunigung der Entscheidungsprozesse aus der Selbstverwaltung im Rahmen des geltenden Rechts können unterbreitet werden .

## Regelungsthema Nr. 5: Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung

### I. Vorbemerkung

In der folgenden Stellungnahme sollen zunächst die erkennbaren Grundlinien im Hinblick auf die Versorgungsqualität einschließlich der Weiterentwicklung der Versorgung beschrieben und anschließend die Einzelheiten mit Bewertung erörtert werden. Der dritte Teil wird gegliedert in Regelungsbereiche, die von Qualitätsfragen mittelbar berührt werden und solche Regelungsbereiche, die originär mit der Qualitätssicherung befasst sind (insbesondere § 137 neu). Eingegangen wird auch auf die Disease-Management-Programme, soweit sie von Änderungen betroffen sind.

### II. Grundlinien

Mit dem vorliegenden Entwurf werden folgende Grundlinien von Regelungen im SGB V im Hinblick auf die Qualitätsthematik sowie die Weiterentwicklung von medizinischer Versorgung erkennbar:

1. Reduktion des Einflusses der Selbstverwaltungspartner zugunsten der Einsetzung „sachbezogener“ Fachleute (analog holländisches Modell, CVZ), am Sichtbarsten am Beispiel der hauptamtlichen Beschlussgremien des Gemeinsamen Bundesausschusses.
2. Konzentration der bislang sektoral organisierten Qualitätssicherung in ein einziges dafür zuständiges Gremium im Gemeinsamen Bundesausschuss.
3. Weitergehende „Institutionalisierung“: Auswahl eines unabhängigen, „wissenschaftlichen“ Instituts, das eine normsetzende Generalvollmacht für die einrichtungsvergleichende (= indikatorengestützte) Qualitätssicherung einschließlich Qualitätssicherung für das ambulante Operieren (§ 115b) und die Erstellung von DMP-Indikatoren erhält.

4. Fortbestand des kollektivvertraglichen Systems mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Aufrechterhaltung einer flächendeckenden, qualitätsgesicherten (Grund-) Versorgung, aber erhebliche Einschränkung durch selektive Verträge.
5. Beibehaltung und eher funktionaler Ausbau des § 135 Abs. 2., Beibehaltung der bundesmantelvertraglichen Lösungen (wie Dialyse oder Mammographie-Screening) einschließlich der damit verbundenen Qualitätssicherungsaufgaben, Ausbau der unmittelbar vergütungsgekoppelten Qualitätsanforderungen im § 87 mit erkennbar eigenständigen Aufgaben, z.B. Dokumentationsanforderungen und damit Indikatoren zu entwickeln.
6. Verlagerung der hausarztzentrierten Versorgung in den Wettbewerb § 73b ohne KV-Beteiligung.

Die Stellung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen wird damit in ihren Aufgaben der Sicherung der Struktur- und Prozessqualität eingeschränkt, auch wenn die hierfür geltende Instrumente weiterhin die Grundlage für alle auf die Standardversorgung aufsetzenden Vertragsformen bilden. Im Bereich der datengestützten Qualitätssicherung wird mit der Beauftragung eines Instituts zur Durchführung der kompletten einrichtungsvergleichenden, sektorenübergreifenden Qualitätssicherung die Organisation der BQS in der bisherigen Selbstverwaltungsstruktur im Gesetzentwurf entschieden abgelehnt. Auch wenn diese Organisation zunächst auf die einrichtungsübergreifenden Fragen der Qualitätssicherung im Sinne eines Benchmarks ausgerichtet ist, kann hieraus künftig sehr wohl eine Institution entstehen, die in Analogie zur französischen HAS (Haute Autorité de Santé) Aufgaben des KV-Systems übernimmt.

### **III. Analyse**

#### **1. Qualitätsfragen mittelbar betreffende Vorschriften**

##### **a) § 37b i.Vm. § 132d Abs. 1**

Hier wird durch das vorgesehene Gesetz eine neue „Versorgungslandschaft“ im Bereich der Palliativversorgung geschaffen. Prinzipielle Anforderungen sollen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelt werden. Wie in anderen Regelungen des Entwurfs auch (insbesondere Abgrenzung Qualitätsinstitut und G-BA) entstehen Unschärfen. Der Gemeinsame Bundesausschuss

erstellt zwar eine Richtlinie, die Spitzenverbände der Krankenkassen, die DKG und die Kassenärztliche Bundesvereinigung und weitere Beteiligte sollen jedoch zusätzlich Empfehlungen herausgeben, wie die Verträge aussehen sollen im Hinblick auf Bedarfsplanung, Qualität und Fortbildung, personelle Ausstattung (§ 132d). Unklare Abgrenzungen und Zuständigkeiten durchziehen diese Regelungen (z.B. § 37b Abs. 2 Nr. 2 im Verhältnis zu § 132d Abs. 2).

Es erschließt sich zudem nicht unmittelbar, ob auch die Kassenärztlichen Vereinigungen Vertragsangebote machen können oder dies nur mittelbar über Dienstleistungsgesellschaften möglich ist.

Bewertung:

Wenn eine solche Versorgung flächendeckend organisiert werden soll, müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner potenziell in Frage kommen. Insbesondere § 132a SGB V ist insoweit zu ändern.

**b) § 115b – Ambulantes Operieren**

Für die Regelung zur Qualität ist nunmehr auch der Gemeinsame Bundesausschuss und das noch zu identifizierende Institut zuständig. Damit ist eine eigenständige Qualitätssicherung der Selbstverwaltungspartner zum ambulanten Operieren nicht mehr vorgesehen. Auch hier gilt allerdings weiterhin: Die Strukturqualität nach § 135 Abs. 2 ist weiterhin zu berücksichtigen.

Bewertung:

Der Verlagerung der Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren wird widersprochen, da die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen in der „Umsetzungsarbeit“ vor Ort auf die Dauer unentbehrlich ist.

**c) § 299 – Datenerhebung, -Verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung**

Bisher bestehen keine Regelungen zur längsschnittlichen Datenerhebung zu Qualitätssicherungszwecken. Für Datensammlungen, die nicht alle Patienten einer Einrichtung betreffen, können dezentrale Pseudonymisierungsmethoden eingesetzt werden, für Vollerhebungen müssen der Gemeinsame Bundesauss-



schuss und die Vertragspartner eine Vertrauensstelle für diese Aufgaben zentral beauftragen.

Bewertung:

Die Regelung wird befürwortet.

**d) Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte (§ 95d) und der Krankenhausärzte (§ 137)**

Während § 95d betreffend die Zuständigkeit bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen regelt, ist für die Fortbildungsverpflichtung für den stationären Bereich vorgesehen, dass dort der Gemeinsame Bundesausschuss auch die Inhalte der Fortbildungsverpflichtung festlegt. Damit wird die Regelungsautonomie der Kammern über die Fortbildung über das Sozialrecht ausgehebelt.

**2. Vorschriften mit unmittelbarem Bezug zur Qualitätssicherung: §§ 136a und § 137**

§ 136a (Qualitätssicherung in der Vertragsärztlichen Versorgung) fällt weg und geht in einem neuen § 137 auf, der bislang ausschließlich für die Belange der Krankenhäuser genutzt wurde. Erhalten bleibt § 136 (Förderung der Qualität durch die KVen), was für die Arbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Feld Versorgungsqualität eminent wichtig ist.

Die Neuregulierung ergibt folgendes Bild: Sämtliche Qualitätssicherungsangelegenheiten werden in einem Ausschuss zusammengefasst (wenn es denn bei der bisherigen Arbeitsorganisation in Arbeitsausschüssen bleibt. Im Begründungstext wird offensichtlich davon ausgegangen). Wirklich neu ist die Zurseitstellung eines Instituts, das weitreichende Aufgaben in der Erstellung, Erhebung, Auswertung und Rückmeldung von Qualitätsindikatoren hat. Zudem heißt es in der Begründung, dass es sich bei der Aufzählung der Aufgaben in § 137a (Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität) um „wesentliche, nicht abschließend benannte Aufgaben“ handle, was einem Freibrief gleichkommt. Aufgabe des Instituts ist weiterhin die erwähnte Qualitätssicherung für § 115b und die Qualitätssicherung der Disease Management Programme, wobei es schwierig werden dürfte, die Abgrenzung zur Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses zu finden.

Das Institut soll durch Ausschreibung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ermittelt werden, alles Nähere ist nicht bestimmt, insbesondere nicht, wie das unabhängige Institut und der Gemeinsame Bundesausschuss zusammenarbeiten. Zwar beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss Richtlinien, doch die Indikatoren legt das Institut unabhängig fest, gleichzeitig soll der Gemeinsame Bundesausschuss dann die Indikatoren und Ergebnisse in seinen Richtlinien berücksichtigen. Aus der Begründung des Entwurfs wird deutlicher, wie die Rollenteilung angedacht ist. Der Bundesausschuss legt demnach Themen fest und beauftragt das Institut mit der Erarbeitung der erforderlichen Instrumente (insb. Qualitätsindikatoren). Die Anwendung dieser Instrumente ist laut Begründung nach § 135a für alle Betroffenen verbindlich, gleichzeitig kann der Gemeinsame Bundesausschuss jedoch auch in Richtlinien festlegen, wer die Durchführung der Maßnahmen vor Ort übernimmt, nämlich entweder das Institut selbst oder Kassenärztliche Vereinigungen oder Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung. Diese unklare Kompetenz- und Aufgabenabgrenzung führt zu einem vorprogrammierten Zielkonflikt zwischen dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem unabhängigen Institut, der sich auch heute schon in der Beauftragung der BQS auf dem Wege der Richtlinie bemerkbar macht.

Das Institut ist abgekoppelt von der Selbstverwaltung. Eine Anbindung besteht allenfalls noch über den Gemeinsamen Bundesausschuss und eine nicht näher umrissene Einbeziehung benannter Organisationen. Aufgegeben wird auf diese Weise auch die bewährte Rollenteilung: Gemeinsamer Bundesausschuss als Normgeber und andere Beteiligte (auch Kassenärztliche Vereinigungen) als Normanwender. Mit der Aufgabenbeschreibung des Instituts wird dieses mit Normsetzungsfunktionen beliehen, was zu den erwähnten Abgrenzungs- und Kompetenzstreitigkeiten führen wird.

Bewertung:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung lehnt die Regelungsvorschläge teilweise ab. Sie schlägt die nachstehenden Änderungen vor.

#### IV. Änderungsvorschläge

##### Zu § 137a – „Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität“

- a) Die Auswahl einer wissenschaftlichen Einrichtung durch Ausschreibung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Erstellung, Sammlung und Auswertung von Indikatoren für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung ist prinzipiell zu akzeptieren. Die Überschrift sollte deshalb entsprechend der Aufgabenstellung angepasst werden.

Änderungsvorschlag:

“§ 137a Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität“ wird umbenannt in „§137a Umsetzung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität“.

- b) Es ist von maßgeblicher Bedeutung, dass diese Einrichtung (auch und insbesondere) von ihren Trägern wissenschaftlich unabhängig arbeiten kann. Es muss daher im Statut einer solchen Einrichtung sichergestellt sein, dass eine Einflussnahme auf Inhalte nicht möglich ist. Ist dies gewährleistet, kann gegen eine Trägerschaft durch die Selbstverwaltung fachlich und sachlich nichts eingewendet werden. Die Selbstverwaltung als nicht tragbar in der Rolle als Gesellschafter einer solchen Einrichtung anzusehen, entspricht einer eher ideologischen und weniger einer inhaltlichen Begründung.

Änderungsvorschlag:

Es sollte in der Begründung die folgende Passage ergänzt werden (zu Nr. 11 [§137a], letzter Satz erster Absatz auf S. 379):

„Eine Anpassung der Organisationsform muss mindestens die Verankerung der fachlichen Unabhängigkeit umfassen.“

- c) Ein valider, einrichtungsübergreifender Vergleich der Versorgungsqualität gelingt nur auf der Grundlage wissenschaftlich begründeter Indikatoren. Die Fülle der bislang von der BQS entwickelten Indikatoren, die nur zum Teil ausge-

wertet und veröffentlicht werden, spricht dafür, dass auf die Evidenzbasierung von Indikatoren bislang nur wenig Augenmerk gerichtet wurde. Es ist deshalb unabdingbar, dass in den Gesetzestext ein Verweis auf die wissenschaftliche Begründung der ausgewählten Indikatoren aufgenommen wird.

Änderungsvorschlag:

§ 137a Abs. 2 Satz 1:

„für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen möglichst sektorenübergreifend abgestimmte, *wissenschaftlich begründete* Indikatoren und Instrumente zu entwickeln.“

- d)** Die Übertragung der Indikatorenentwicklung für die Disease-Management-Programme und für das ambulante Operieren an das auszuwählende Institut behindert die bislang erfolgreich auf den Weg gebrachten Entwicklung. Die Qualitätssicherung ambulantes Operieren konnte jetzt dreiseitig konsentiert werden, die Indikatorenentwicklung im Rahmen der DMP läuft routiniert. An diesem Vorgehen sollte prinzipiell festgehalten werden, denkbar ist jedoch die Festschreibung der Zusammenarbeit.

Änderungsvorschlag:

In § 137a Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 115b Abs. 1“ und „§ 137f“ gestrichen.

## Regelungsthema Nr. 6: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

### I. Regelungsthema (Stichwort)

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung

Art. 1 Nr. 105 = § 135 Abs. 1 SGB V

### II. Wesentlicher Regelungsinhalt

1. Antragsberechtigt zur Prüfung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie zur Beurteilung bisher angewandter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Hinblick auf die Zulassung in der vertragsärztlichen Versorgung werden neben den schon bisher antragsberechtigten Spitzenverbänden, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung nunmehr auch die einzelnen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses.
2. In Übernahme der in den Eckpunkten angekündigten Beschleunigung des Verfahrens wird nunmehr geregelt, dass das BMG den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen kann, eine Richtlinie zur Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V) zu erarbeiten oder zu überprüfen und hierzu einen Beschluss zu fassen. Das BMG kann eine Frist setzen. Voraussetzung für eine Fristsetzung des BMG ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in einem (anhängigen) Verfahren zur Bewertung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach Ablauf von sechs Monaten seit Vorlegen der für die Entscheidung erforderlichen Auswertung der wissenschaftlichen Erkenntnisse noch keine Beschluss gefasst hat. Fristsetzung durch BMG und die Antragsberechtigten innerhalb von sechs Monaten. Verfristung nach Ablauf von sechs Monaten: Die Untersuchungs- und Behandlungsmethode darf erbracht werden.

### **III. Analyse/Probleme/Bewertung**

1. Die Fristsetzung ist strategieanfällig. Sie könnte genutzt werden, um auf jeden Fall eine Methode einzuführen. Dies ist der Fall bei einer entsprechenden Beschlussblockade im Gemeinsamen Bundesausschuss (sie dürfte auch bei einer Hauptamtlichkeit der Mitglieder nicht auszuschließen sein).
2. Immer noch fehlt die Herstellung einer Balance zur der Position der Krankenhäuser in § 137c. Es ist schlechterdings nicht einzusehen, warum für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in Krankenhäusern andere Bedingungen gelten sollen als in der vertragsärztlichen Versorgung. Dies stellt eine Wettbewerbsbenachteiligung dar. Dies gilt im übrigen auch für die nur bei einem negativen Votum des Gemeinsamen Bundesausschusses ausgeschlossene, aber noch nicht bei einem nicht bestehenden Votum des Gemeinsamen Bundesausschusses ermöglichte Einführung entsprechender Methoden in der ärztlichen Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, z.B. in Verträgen nach § 73b Abs. 5 Satz 2, § 73c Abs. 4 Satz 2 und in der integrierten Versorgung. Nehmen Krankenhäuser mit Leistungen des § 116b SGB V an der integrierten Versorgung teil, ist ihnen ebenfalls über die Dispositionsklausel bei der integrierten Versorgung, die Ausführung von Leistungen ermöglicht, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss noch kein negatives Votum getroffen hat. Demgegenüber wäre dies im Wettbewerb stehenden Vertragsärzten verschlossen. Die mangelnde Ungleichheit im Umgang mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung einerseits, bei der Krankenhausversorgung und den selektiven Vertragsbeziehungen andererseits ist daher nach wie vor inakzeptabel.

### **IV. Vorschlag der KBV**

1. Keine Fristsetzungsmöglichkeit.
2. Gleichbehandlung von Vertragsärzten und Krankenhäusern (§ 135 Abs. 2 SGB V, § 137c SGB V).
3. Gleichbehandlung mit dem Umgang neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei selektiven Verträgen.

## Regelungsthema Nr. 7: Wirtschaftlichkeitsprüfung

### I. Regelungsthema (Stichwort)

Wirtschaftlichkeitsprüfung (vgl. auch Stellungnahme B.8.b)

Art. 1 Nr. 72 = § 106 SGB V

### II. Wesentlicher Regelungsinhalt

#### 1. Veränderungen der Organisation der Prüfung

Die bisherige Organisation des Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahrens, in welchem ein Prüfungsausschuss und ein Beschwerdeausschuss vorgesehen sind und Unterstützung durch eine gemeinsame Geschäftsstelle erfahren, wird modifiziert: An die Stelle des Prüfungsausschusses tritt eine sogenannte Prüfungsstelle (praktisch die bisherige Geschäftsstelle); der Beschwerdeausschuss fungiert als Widerspruchsausschuss in der bisherigen Zusammensetzung weiter. Dies soll eine Vereinfachung des Verfahrens ermöglichen.

#### 2. Änderungen im Verfahren

a) Das Prüfungsmethodensystem bleibt erhalten. Auch die fakultative Durchschnittsprüfung kann weiter geführt werden. Als besondere Form der Zufälligkeitsprüfung wird die Prüfung von Ärzten eingeführt, die an Arzneimittelstudien teilnehmen (Ergänzung § 106 Abs. 2).

b) Modifikation der Richtgrößenprüfung bei Arzneimitteln

Richtgrößenprüfungen sollen in der Regel für nicht mehr als 5 v.H. der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden (§ 106 Abs. 2). Die Prüfungsstelle beschließt Grundsätze für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten (unter Beachtung der Prüfungsvereinbarung). Entsprechende aufgrund von Praxis-

besonderheiten verursachte Arzneimittelkosten sollen vorab bereinigt werden (§ 106 Abs. 5a Sätze 6 ff.). Künftig sollen Zuzahlungen und Rabatte berücksichtigt werden bei der Berechnung des Mehraufwands.

**c) Prüfungszeiträume**

Richtgrößenprüfungen können für den Zeitraum eines Quartals durchgeführt werden. Klargestellt wird, dass, sofern eine Richtgrößenprüfung nicht durchgeführt werden kann, eine „Richtgrößenprüfung auf Grundlage des Fachgruppenschmitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben“ durchgeführt wird (§ 106 Abs. 2 Satz 5).

**d) Weitere Besonderheiten bestehen bei Zielvereinbarungen und bei der neuen Konstruktion der Teilnahme von Ärzten an Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 (vgl. § 106 Abs. 2 Sätze 7, 8).**

### **III. Analyse/Probleme/Bewertung**

Die neue Konstruktion der Prüfungsstelle als einer Prüfungsbehörde mit einem von den Vertragspartnern der Prüfungsvereinbarung bestellten hauptamtlichen Leiter mag eine „Vereinfachung“ des Verfahrens darstellen, entspricht jedoch nicht mehr der in § 106 Abs. 1 bisher (und auch künftig noch) formulierten Regelung: „Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen“. Im Hinblick auf die Prüfung ärztlicher Versorgung (ohne Verordnung) fehlt in der ersten Verwaltungsinstanz in der Prüfungsstelle möglicherweise auch das richtige fachliche Verständnis für eine medizinische Vorgehensweise des Vertragsarztes, welches bisher in der Mitbesetzung der Prüfungsausschüsse durch Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung gegeben war. Die Verfahrensbeschleunigung – wenn sie denn eintritt – führt in der Praxis wohl eher zu wachsenden Widersprüchen gegenüber der Entscheidung der Prüfungsstelle und damit zu einer Mehrbelastung der Beschwerdeausschüsse. Daran ändert auch nichts der Ausschluss des Vorverfahrens in Fällen, in denen eine Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder die Richtlinien nach § 92 ausgeschlossen sind, eintritt; die verfahrensrechtliche Vergleichsbehandlung ist in ihrer Zulässigkeit zweifelhaft. Die stärkere Administrierung des erstinstanzlichen Verfahrens wird im übrigen dazu führen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen stärker als bisher auch die Interessen der Vertragsärzte im Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren durch Beteiligung an den Prüfverfahren, gegebenenfalls auch die Einlegung von Widersprü-



chen zum Beschwerdeausschuss wahrnehmen müssen.

Die Regelung stellt eine fachliche Entfremdung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in der ersten Instanz von der bisherigen Konstruktion einer fachlichen Prüfung unter Beteiligung der Angehörigen des Berufs dar. Sie relativiert die Eigenverantwortung der Selbstverwaltung und liegt im Trend der Administrationsmedizin. Dies wird auch durch eine mögliche Vereinfachung des Verfahrens und insbesondere eine Einschränkung der Richtgrößenprüfung auf gravierende Fälle nicht ausgeglichen werden. Der professionelle Ausgleich muss durch geeignete Vorkehrungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen werden.

## Regelungsthema Nr. 8: Arzneimittel

Die Regelungen im SGB V (Artikel 1) befinden sich nunmehr in § 31 (Höchstbeträge), § 31 (Ermäßigung oder Aufhebung der Zuzahlung), § 35b (Kosten-Nutzen-Bewertung), § 73d (Verordnung besonderer Arzneimittel/Zweitmeinung), § 84 (Zielvereinbarungen), § 106 (Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Richtgrößen), § 129 (Vorschriften über die Ersetzung wirkstoffgleicher Arzneimittel bei Rabattverträgen, Preisunterschreitung durch Apotheke, Verzicht auf Zuzahlungsbeträge), § 130 (Flexibilisierung für Preisberechnungsvorschriften durch die Apotheke), § 130a (Verträge mit pharmazeutischen Unternehmen und Apotheken [Abs. 8]), die weiteren Regelungen in Art. 30 (Änderung des Arzneimittelgesetzes), Art. 31 (Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung), Art. 32 (Änderung der Arzneimittelpreisverordnung), Art. 33 (weitere Änderung der Arzneimittelpreisverordnung), Art. 34 (Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung [erneute Verschreibung von Betäubungsmitteln an Patienten in Alten- oder Pflegeheimen oder Hospizen]), Art. 35 (Änderung der Apothekenbetriebsordnung), Art. 36 (Änderung des Apothekengesetzes).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung nimmt aus diesem Komplex zu folgenden Regelungsinhalten Stellung:

- 8.1** Flexible Preisvereinbarungen/Zuzahlungen
- 8.2** Auseinzellungen, Verblisterungen
- 8.3** Kosten-Nutzen-Bewertung
- 8.4** Verordnung mit Zweitmeinung
- 8.5** Sicherung der ärztlichen Unabhängigkeit
- 8.6** Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- 8.7** Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittel
- 8.8** Änderung der Arzneimittelpreis-Verordnung (Abweichung von der Preisverordnung im Rahmen der integrierten Versorgung, Umstellung auf Höchstpreise)

## I. Regelungsthema Nr. 8.1

Arzneimittelversorgung – Flexible Preisvereinbarungen/Zuzahlungen

## II. Wesentlicher Regelungsinhalt

- § 31 Abs. 3 Möglichkeit der Halbierung oder Aufhebung der Zuzahlung durch die Krankenkasse für Arzneimittel, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 existiert
- § 84 Abs. 4a Eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Absatz 7a findet für Vertragsärzte keine Anwendung, soweit der Vertragsarzt zu Lasten der Krankenkasse Arzneimittel verordnet, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 [...] besteht.
- § 129 Aut-Idem: Ersetzung durch ein entsprechendes Arzneimittel, für das eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 mit der jeweiligen Krankenkasse besteht. Die Ersetzung wirkstoffgleicher Arzneimittel kann auch so vorgenommen werden, dass der Krankenkasse Kosten nur in Höhe eines zu vereinbarenden durchschnittlichen Betrages entstehen. Möglichkeit für die Apotheken, auf Zuzahlungen und Mehrzahlungen (Festbetragsarzneimittel) teilweise zu verzichten.
- § 130 Abs. 1 Apotheke kann bei der Abrechnung von Fertigarzneimitteln mit der Krankenkasse auf die Berechnung von Handelszuschlägen teilweise verzichten
- § 130a Abs. 8 Apotheke kann, wenn die Krankenkasse keine entsprechende Vereinbarung getroffen hat, Vereinbarungen mit Firmen treffen. Dies hat sie der Krankenkasse mitzuteilen. Für derartige Vereinbarungen ist eine Ausschreibung erforderlich.
- AMG § 78 Einheitlicher Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers. Hierauf können Preisnachlässe (auch durch beauftragte Apotheken) vereinbart werden  
Bevorratete „Pandemiearzneimittel“: Länderabgabepreis

### **III. Analyse/Probleme**

Mit den vielfältigen Möglichkeiten zu Preisvereinbarungen (Rabatte, Verzicht auf Handelsspannen, Umstellung der Arzneimittelpreisverordnung auf Höchstspannen) erfolgt der immer weitergehende Ausstieg aus der Einheitspreisphilosophie für Arzneimittel mit dem Effekt der fortschreitenden Diversifizierung mit den entsprechenden Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie die Steuerungsmöglichkeiten bei der Arzneimittelversorgung. Aufgrund der fehlenden Preistransparenz ist es für den verordnenden Arzt nahezu unmöglich, den Überblick über die von ihm verursachten Kosten zu behalten oder sinnvoll steuernd auf seine Ordnungsweise einzuwirken.

Wegen der unterschiedlichen Konkurrenzsituation zwischen Apotheken in innerstädtischen und ländlichen Bezirken ist mit deutlichen Verschiebungen zu rechnen (hinsichtlich eines Verzichtes der Apotheken auf Handelsspannen, Zuzahlungen, Preissenkungen etc.).

Die mit diesen Werkzeugen erzielbare Stärkung des Preiswettbewerbes erfolgt u.a. auf Kosten der Preistransparenz. Aus unserer Sicht erforderliche Patienten-/Arztinformationen sind nicht vorgesehen.

### **IV. Bewertung**

Durch den verstärkten Preiswettbewerb ist eine Kostenreduktion im Arzneibereich möglich. Ob die kalkulierten Summen (allein 1 Mrd. € durch die Umstellung auf Arzneimittelhöchstpreise) tatsächlich realisiert werden können, erscheint zumindest fraglich. Erkauft werden diese Einsparungen u.a. mit einer

- immer weiter fortschreitenden Diversifizierung mit entsprechenden Auswirkungen auf die Steuerung der Arzneimittelausgaben und Wirtschaftlichkeitsprüfung
- schlechter werdenden Transparenz
- Ungleichbehandlung der Versicherten

Konsequenz dieser Regelung muss sein, die Verantwortung für die kosten-/preisgerechte Versorgung auf die Partner der Preisvereinbarungen zu verlagern. Der Vertragsarzt muss also aus der Preis-Verantwortung entpflichtet werden.

### **I. Regelungsthema Nr. 8.2**

Arzneimittelversorgung – Auseinzelnungen, Verblisterungen

## **II. Wesentlicher Regelungsinhalt**

§ 84 Abs. 1 Satz 2	Ergänzung des Inhalts der Zielvereinbarungen: „auch zur Verordnung wirtschaftlicher Einzelmengen“
AMG	Regelungen zur Abgabe von aus Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen (Behältnisse, Angaben der Kennzeichnung, Packungsbeilage)
ApoBetr.O	Kennzeichnung der Teilmengen entsprechend § 10 Abs. 11 AMG erforderlich. Außerdem Name und Anschrift der Apotheke, Packungsbeilage
AMPreisVO	Möglichkeit der freien Preisvereinbarung für Teilmengen und Verblisterungen (zwischen Leistungsträgern und Anbietern)

## **III. Analyse/Probleme**

Die Überlegung zur Auseinzelnung durch Apotheken geht davon aus, dass diese Arzneimittel in Großgebinden günstiger erwerben können als in Packungen der üblichen Größen. Welche Preisvorteile hier tatsächlich realisierbar erscheinen, ist schwer einschätzbar (Verhandlungsgeschick der Apotheke, Interesse an der Abgabe etc.).

## **IV. Bewertung**

Die Grundüberlegungen, die den Gesetzgeber veranlasst haben, diese Regelung zu schaffen, sind durchaus nachvollziehbar. Es stellt sich allerdings die Frage, wo ein Bedarf für eine derartige Umsetzung tatsächlich besteht.

- Wann ist es sinnvoll und erforderlich, Teilmengen zu verordnen?

- Die Packungsgrößenverordnung soll bereits für therapiegerechte Packungsgrößen bei den einzelnen Arzneimittelgruppen sorgen.
- Wann ist eine Apotheke zur Umsetzung bereit.
- Ist es dem verordnenden Arzt möglich, Apotheken zu benennen, die diese Teilmengen auch tatsächlich abgeben?

Einen wirklichen Steuerungseffekt oder messbare Auswirkungen auf die Arzneimittelkosten ist in diesem Instrument nicht erkennbar, obgleich es evtl. in Einzelfällen sinnvoll sein könnte. Es stellt sich die Frage nach Aufwand und Nutzen.

## **I. Regelungsthema Nr. 8.3**

Arzneimittelversorgung – Kosten-Nutzen-Bewertung

## **II. Wesentlicher Regelungsinhalt**

§ 31 Abs. 2a            Festsetzung eines Höchstbetrages durch die GKV auf der Grundlage einer Bewertung nach § 35b Abs. 1 Satz 2. Den pharmazeutischen Unternehmen ist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Der Höchstbetrag kann auch im Einvernehmen mit dem pharmazeutischen Unternehmen festgelegt werden.

§ 35b                    Erweiterung der bisherigen Nutzenbewertung auf die Kosten-Nutzen-Bewertung. Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen.

Das IQWiG entscheidet über die Methoden für die Erarbeitung von Bewertungen auf den Grundlagen der international üblichen Standards [...] und veröffentlicht diese im Internet.

## **III. Analyse/Probleme**

Die Einbeziehung der Kosten in die Bewertung nicht festbetragsfähiger Arzneimittel durch das IQWiG ermöglicht es den Spitzenverbänden der Krankenkassen, auf dieser Grundlage einen Höchstbetrag festzulegen und somit kostenreduzierend tätig zu werden. Bei dieser Bewertung sind die anteiligen Entwicklungskosten für die im Geltungsbereich dieses Gesetzes angewendeten Arzneimittel während der Dauer des Unterlagenschutzes zu berücksichtigen. Vor der Entscheidung ist dem pharmazeutischen Unternehmer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Der zu erstattende Höchstbetrag kann abweichend hiervon auch im Einvernehmen mit dem pharmazeutischen Hersteller festgelegt werden.

Senkt der Hersteller seinen Abgabepreis nicht auf das festgelegte Niveau, hat der Patient die Mehrkosten zu tragen. Diese sind auf die Belastungsgrenze anrechenbar.

Probleme bei der Umsetzung dieser Regelung werden neben der Zeitkomponente u.a. auch sein:

- der Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen und darauf folgende Bewertung
- die rechtssichere Umsetzung,
- die Quantifizierung der anteiligen Entwicklungskosten.

#### **IV. Bewertung**

Ein durchaus sinnvolles Instrument, bei dem bei der Umsetzung „der Teufel im Detail“ stecken kann.

Von der praktischen Umsetzung wird die Effizienz und Akzeptanz dieses Instrumentes abhängen.

Für die Vertragsärzte entsteht mit der Kosten-Nutzen-Bewertung eine höhere Verordnungssicherheit. Ob damit eine Einschränkung der therapeutischen Freiheit einhergeht, wird von der Qualität der vorgenommenen Bewertungen abhängen.



## **I. Regelungsthema Nr. 8.4**

Arzneimittelversorgung – Verordnung mit Zweitmeinung

## **II. Wesentlicher Regelungsinhalt**

§ 73d                      Verordnung besonderer Arzneimittel  
G-BA bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 das Nähere (z.B. zu Wirkstoffen, Anwendungsgebieten, qualitätsgesicherte Anwendung, Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte)  
Regelungen zur Umsetzung  
Arzneimittel, für die diese Regelungen gelten und angewandt wurden, sind bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 106 als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen

## **III. Analyse/Probleme**

Die „Verordnung besonderer Arzneimittel“ wird in einer gesonderten Vorschrift (§ 73 d) geregelt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien das Nähere u.a. zu Wirkstoffen, Anwendungsgebieten, qualitätsgesicherter Anwendung, Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte für die jeweiligen Arzneimittel sowie zum Abstimmungsverfahren (verordnender Arzt – Arzt für besondere Arzneimitteltherapie).

„Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie“ werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Kassen bestimmt. Kommt eine Einigung nicht zustande [...] kann die Kasse nach vorheriger Ausschreibung die Wahrnehmung dieser Aufgabe auf einzelne Ärzte beschränken.

Die Umsetzung dieses Instruments ist mit bürokratischem Aufwand verbunden.

## **IV. Bewertung**

Der durchaus sinnvollen Überlegung, die ärztliche Kooperation zur Verbesserung der Versorgung der Patienten bei hochpreisigen und eingreifenden Medikamenten zu fördern, wird diese Regelung nicht gerecht; sie kann im Gegenteil dazu führen, dass im Ergebnis die Ver-

sorgung verteuert wird. Die hier vorgesehene Regelung ist nicht ein in sicherheitsrelevanten Bereichen bekanntes Verfahren „der zwei Schlüssel“, sondern lässt den „Zweitmeinungsarzt“ auch allein entscheiden. Damit wird das Ziel der verbesserten Kommunikation zwischen Haus- oder Facharzt zu besonderen Spezialisten nicht gefördert.

Dazu müsste eine Kommunikation in beide Richtungen festgelegt werden. Allerdings bedarf es dazu keiner gesetzlichen Vorschrift.

Viele offene Fragen (Definition: besondere Wirkungsweise, wann sind besondere Fachkenntnisse zum Einsatz erforderlich, was ist teuer, welche Qualifikationen werden gefordert, qualifizierte Ärzte im Fokus der Pharmaindustrie [Point of sale] etc.) sind noch zu klären.

Abzulehnen ist die Übertragung der Auswahlentscheidung auf die Krankenkassen im Konfliktfall. Kritisch zu sehen ist auch die Bevorzugung der Krankenhäuser in Fällen des § 116b (§ 73d Abs. 2 Satz 4).

Daher ist diese Vorschrift insgesamt abzulehnen.

## **I. Regelungsthema Nr. 8.5**

Arzneimittelversorgung – Sicherung der ärztlichen Unabhängigkeit

## **II. Wesentlicher Regelungsinhalt**

§ 305a                      Einschränkende Regelung zur Weitergabe und Verarbeitung von Daten über verordnete Arzneimittel. Unzulässigkeit der Datenverarbeitung in regionaler Differenzierung innerhalb einer Kassenärztlichen Vereinigung, für einzelne Vertragsärzte oder Apotheken

§ 67 AMG                    Entschädigungen (für die Beteiligungen an Anwendungsbeobachtungen) sind so zu bemessen, dass kein Anreiz für eine bevorzugte Verschreibung oder Empfehlung bestimmter Arzneimittel entsteht.  
Bei den Meldungen sind Art und Höhe der Entschädigungen anzugeben sowie eine Ausfertigung des mit dem Arzt geschlossenen Vertrages abzugeben.

## **III. Analyse/Probleme**

Die Arzneiverordnungsdaten sollen besser geschützt werden. Hierdurch soll verhindert werden, dass Dritte (Pharmaindustrie) Umsatzdaten erhalten, die Rückschlüsse beispielsweise auf das Ordnungsverhalten einzelner Vertragsärzte zulassen. Dadurch soll die Aufgabe des Pharmaberaters (der Pharmaindustrie) auf den eigentlichen Zweck nach dem Arzneimittelgesetz – Information des Arztes – zurückgeführt werden und „Steuerungen des Ordnungsverhaltens des Arztes durch die Industrie möglichst verhindert werden.

Zusätzlich sollen im Bereich der Anwendungsbeobachtungen Änderungen vorgenommen werden, z.B.:

- Die Meldepflicht der Industrie wird um die Angabe der gezahlten Vergütungen an Vertragsärzte) erweitert.
- Prüfungsausschüsse werden verpflichtet, Stichprobenprüfungen bei teilnehmenden Ärzten durchzuführen (Mehrkosten)

---

Es wird ansatzweise versucht, die Einflussnahmemöglichkeiten der Pharmaindustrie auf Ärzte zu verringern.

Im Bereich der Anwendungsbeobachtungen wird dies über mehr Bürokratie erkauft.

Inhaltlich ist anzumerken, dass der neue § 305a Satz 4 zweiter Halbs. hinsichtlich der Auswertungsbefugnisse der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 305a Satz 1 Unklarheiten schafft und die Beratungsbefugnis tangiert.

#### **IV. Bewertung**

Grundsätzlich ist der Schutz ärztlicher Verordnungsdaten zu begrüßen. Tatsächliche Steuerungseffekte und Auswirkungen auf die Arzneimittelkosten sind nicht kalkulierbar.

## **I. Regelungsthema Nr. 8.6**

Arzneimittelversorgung – Wirtschaftlichkeitsprüfungen

## **II. Wesentlicher Regelungsinhalt**

§ 106                      Auffälligkeitsprüfungen in der Regel für nicht mehr als 5% der Ärzte einer Fachgruppe; quartalsweise Prüfung möglich  
Festsetzung des Mehraufwandes innerhalb von zwei Jahren nach Erbringen der Leistungen  
Verordnungen für Arzneimittel, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130a Abs. 8 beigetreten ist, fallen nicht unter die Auffälligkeitsprüfung  
Verordnungen im Rahmen von Anwendungsbeobachtungen sind als Zufälligkeitsprüfung zu prüfen  
Eine Zielvereinbarung nach § 84 Abs. 1 kann als individuelle Richtgröße vereinbart werden [...]

## **III. Analyse/Probleme**

Aufgrund der vielfältigen – gesetzlichen - Eingriffe u.a.

- in das Preisgefüge der Arzneimittel (Rabattvereinbarungen, Umstellung der Arzneimittelpreisverordnung auf Höchstpreise etc.)
- in die Richtgrößenprüfung
  - AVWG: Festlegung von Durchschnittspreisen für Arzneimittelgruppen, die dann aus der Richtgrößenprüfung herausgerechnet werden müssen
  - Zweitmeinung (Arzneimittel, die dafür benannt sind und die unter Berücksichtigung dieser Vorgaben verordnet werden, sind als Praxisbesonderheit zu werten)
  - Verordnungen für Arzneimittel, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130a Abs. 8 beigetreten ist, fallen nicht unter die Auffälligkeitsprüfung

und der damit im Zusammenhang stehenden Diversifizierung, die eine Steuerung der Arzneimittelausgaben u.a. aufgrund der fehlenden Transparenz sowie der problematischen Datenlage nahezu unmöglich macht – mit den entsprechenden Auswirkungen auch auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung – ist die Straffung des Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahrens sowie

die Reduktion auf 5 % der Ärzte pro Fachgruppe nur ein Teilschritt; wie schon unter 8.1 an-  
gemerkt, muss letztlich die Preisverantwortung des Vertragsarztes in der Wirtschaftlichkeits-  
verantwortung neu bestimmt werden. Die stichprobenhafte Überprüfung von Verordnungen  
eines Arztes im Zusammenhang mit der Teilnahme an Anwendungsbeobachtungen er-  
scheint sinnvoll. Die Ermöglichung von Richtgrößenprüfungen eines Quartals ist nicht erstre-  
benswert (Prüfungsausweitung, Ausgleiche über das Jahr entfallen).

#### **IV. Bewertung**

Bis auf die quartalsweise Ermöglichung von Richtgrößenprüfungen können die vorgenom-  
menen Änderungen unterstützt werden. Kritisch zu betrachten ist das vorgesehene Prü-  
fungsverfahren aus einer unvollständigen Grundgesamtheit (§ 106 Abs. 2c Satz 2).

Vgl. im übrigen die Stellungnahme unter B.7 (Wirtschaftlichkeitsprüfung).

## **I. Regelungsthema Nr. 8.7**

Arzneimittelversorgung – Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittel

## **II. Wesentlicher Regelungsinhalt**

AMPreisVO                    Bei an die Apotheken zurückgegebenen verschreibungspflichtigen Arzneimitteln beträgt der Höchstzuschlag bei erneuter Abgabe 6,10 €.

BTMVVO  
(§ 5b)                         BTM, die nach Absatz 3 gelagert wurden und nicht mehr benötigt werden, können zum Zweck der Weiterverwendung in einem Alten- und Pflegeheim oder einem Hospiz an eine versorgende Apotheke zurückgegeben werden.

## **III. Analyse/Probleme**

Es wird eine Vergütungsregelung für die Rückgabe und erneute Abgabe nicht genutzter verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel geschaffen. Die in den Erläuterungen genannte Einschränkung auf Einrichtungen mit zentraler Lagerung von Arzneimitteln (Heime, Hospize) und erneute Abgabe an Heimbewohner ergibt sich aus dem Verordnungstext nicht. Hinsichtlich der Umsetzung existieren noch offene Fragen.

Die Änderung der BTMVVO, durch die die Weiterverwendung der nicht mehr benötigten Betäubungsmittel ermöglicht werden soll, ist aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten sicher sinnvoll. Bezüglich der Umsetzung (Prüfung der Eignung des BTM zur Weiterverwendung) gibt es noch offene Fragen.

## **IV. Bewertung**

Die Weiterverwendung nicht gebrauchter Arzneimittel wurde bereits in der Vergangenheit häufiger diskutiert. Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ist dieser Ansatz auch nachvollziehbar, scheiterte aber in der Vergangenheit an Fragen der Arzneimittelsicherheit.

Diese Fragen sind nicht geklärt.

## I. Regelungsthema Nr. 8.8

Arzneimittelversorgung – Änderung der Arzneimittelpreisverordnung  
Abweichung von der AMPPreisVO im Rahmen der integrierten Versorgung

Umstellung der Arzneimittelpreisverordnung auf Höchstpreise

## II. Wesentlicher Regelungsinhalt

- § 129                      Hinweis: Vereinbarte Preise sind Höchstpreise. Das gilt auch für Rezepturarzneimittel  
Verträge mit einzelnen Apotheken (oder auch anderen Stellen) möglich für Arzneimittel, die vom Arzt während der Behandlung in der Praxis angewandt werden.  
Ersatz eines wirkstoffgleichen Arzneimittel in der Form möglich, dass der Krankenkasse nur Kosten in Höhe eines vorher vereinbarten Durchschnittsbetrages je Arzneimittel entstehen  
Möglichkeit für die Apotheken, auf Zuzahlungen und Mehrzahlungen (Festbetragsarzneimittel) teilweise zu verzichten.
- § 130 Abs. 1              Apotheke kann bei der Abrechnung von Fertigarzneimitteln mit der Krankenkasse auf die Berechnung von Handelszuschlägen teilweise verzichten
- § 140a Abs. 1             Die für die amb. Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung notwendige Versorgung mit Arzneimitteln soll durch Verträge nach § 130a Abs. 8 im Einvernehmen mit den beteiligten Ärzten erfolgen
- AMG § 78                      Ersetzen von Festzuschlag durch Höchstzuschlag  
Gewährleistung eines einheitlichen, höchstzulässigen Apothekenabgabepreises für apothekenpflichtige Arzneimittel  
Einheitlicher Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers. Hierauf können Preisnachlässe (auch durch beauftragte Apotheken) vereinbart werden
- AMPPreisVO                Umstellung auf Höchstpreise, Höchstzuschläge etc.



Möglichkeit der freien Preisvereinbarung für Teilmengen und Verblisterungen (zwischen Leistungsträgern und Anbietern)

Bei an die Apotheken zurückgegebenen verschreibungspflichtigen Arzneimitteln beträgt der Höchstzuschlag bei erneuter Abgabe 6,10 €  
Preise in besonderen Fällen: Bevorratete „Pandemiearzneimittel“: Ländersabgabepreis

### **III. Analyse/Probleme**

Auf die Ausführungen zu Nr. 8.1 wird verwiesen.

### **IV. Bewertung**

Auf die Ausführungen zu Nr. 8.1 wird verwiesen.

Konsequenz auch dieser Regelungen muss sein, die Verantwortung für die kosten-/preisgerechte Versorgung auf die Partner der Preisvereinbarungen zu verlagern und die Wirtschaftlichkeitsverantwortung des Vertragsarztes hinsichtlich der Preiskomponente neu zu bestimmen.

## Regelungsthema Nr. 9: Telematik

### I. **Regelungsthema (Stichwort)**

Telematik / Datenaustausch mit den Krankenkassen

Art. 1 Nrn. 195, 196 = §§ 291a, 291b; Nr. 198= § 295 SGB V

### II. **Wesentlicher Regelungsinhalt**

#### 1. **§ 77a SGB V:**

Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird die Möglichkeit gegeben, wirtschaftlich eigenständige Dienstleistungsgesellschaften zu gründen und für vertragsärztlich tätige Leistungserbringer tätig zu werden. Die dort benannten möglichen Aufgabenfelder sind abschließend aufgezählt.

#### 2. **Änderung des § 291 Abs. 2a SGB V:**

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) kann Informationen über Wahltarife nach § 53 und zusätzliche Vertragsverhältnisse enthalten.

#### 3. **Änderung des § 291a Abs. 7 SGB V:**

Die Finanzierung der gematik wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab dem 1. Januar 2008 übernommen. Im Gesetz findet sich ein jährlicher Betrag von 1 Euro je Krankenkassenmitglieder. Dieser Betrag kann jedoch jederzeit vom BMG per Rechtsverordnung angepasst werden.

Ferner wird die bisher im § 291 Abs. 7 Nr. 1 zu findende Regelung, dass die Vereinbarung auch die Aufteilung der Kosten auf die Leistungssektoren enthalten soll, gestrichen.

**4. Änderung des § 291a Abs. 7d Satz 1 SGB V:**

Bei Nichteinigung der Vereinbarungspartner wird als Rückfallposition eine Vereinbarung mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vorgesehen.

**5. Ergänzung des § 291b Abs. 1a und 1b SGB V:**

Die Absätze sind beide neue Vorschläge. Sie konkretisieren die bisherige von der gematik herzustellende Interoperabilität. Es wird dargelegt, dass diese ausschließlich durch das Erstellen und Veröffentlichen von Spezifikationen sowie nachgelagerter Zertifizierung erreicht werden soll. Lediglich für die Anlaufphase können Ausschreibungen vorgenommen werden. Im Sinne der erforderlichen Betriebsstabilität des Gesamtsystems kann die gematik die Anzahl der Zulassungen für Betriebsaufgaben beschränken.

**6. Änderung § 295 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V:**

Entsprechend dieser Änderung müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen neben der Diagnosecodierung auch die von den Ärzten erfassten OPS-Prozedurcodes an die Krankenkassen weiterleiten.

**III. Analyse/Probleme**

1. Es wurde nicht die Möglichkeit berücksichtigt, dass die KV-Dienstleistungsgesellschaft (§ 77a) auch in Feldern der IT und Telematik tätig sein sollte. Entsprechende Regelungen sollten dringend aufgenommen werden (s. Stellungnahme zu B.).
2. Die beschriebene Erweiterung der Daten der elektronischen Gesundheitskarte ist für den Vertragsarzt und seine Abrechnung hilfreich.
3. Durch die hier aufgeführte Regelung wird der Haushalt der gematik sehr großzügig dimensioniert und kann per Rechtsverordnung noch ausgebaut werden. Hierdurch wird den Gesellschaftern der gematik jedoch ein Steuerungsinstrument entzogen.
4. Die entfallene Regelung hinsichtlich der Aufteilung der Kosten auf die Leistungssektoren passt ins Gesamtbild, welches sich hinsichtlich der Betriebsaufgaben abzeichnet,

ist jedoch dann problematisch, falls die Kassenärztliche Bundesvereinigung nach wie vor Zertifizierungsaufgaben übernehmen sollte. Die hierdurch entstehenden Kosten kann die Kassenärztliche Bundesvereinigung erfahrungsgemäß nicht zu 100% an die Softwarehäuser weitergeben.

5. Die Regelung hinsichtlich der Beschränkung der Betriebszulassungen durch die gematik wird kaum durchzusetzen sein. Technisch gesehen mag sie sinnvoll sein, praktisch müsste die gematik jedoch jedem Unternehmen, welches die Kriterien zum Betrieb erfüllt, eine Zulassung erteilen. Es bleibt ferner unklar, nach welchen Kriterien eine Zulassungsbeschränkung erfolgen soll und wie der Algorithmus zur Zulassung nur einiger weniger Unternehmen bei gleichzeitigem Marktausschluss anderer Unternehmen aussehen soll.

#### **IV. Bewertung**

1. IT-Dienstleistungen wie „Software-Entwicklung“ und „Rechenzentrumsdienste“ sind in den Katalog des § 77a aufzunehmen (s. Vorschlag zu § 77a unter B.3).
2. Die Regelung zur Finanzierung wird abgelehnt (§ 291a Abs. 7 SGB V). Zumindest jedoch muss die Regelung bezüglich der Kostenaufteilung gemäß der Leistungserbringersektoren wieder aufgenommen werden.
3. Die grundsätzliche Regelung, die Entwicklung aller Telematik-Komponenten sowie den Betrieb möglichst aller zentralen Dienste durch frei am Markt agierende Unternehmen vornehmen zu lassen, ist umstritten. Wenn es nicht anders geregelt werden kann, muss die Praxistauglichkeit der im Gesetz aufgeführten Regelungen hinterfragt werden. Wie soll die gematik z.B. die Anzahl der den Verordnungsserver betreibenden Firmen durch beschränktes Aussprechen von Zulassungen einschränken? Gibt sie nur den Firmen, die sich zuerst bewerben eine Zulassung? Bekommen nur die größten / vertrauenswürdigsten / erfahrensten Firmen eine Zulassung? Woran macht man diese Attribute fest?

## **V. Ergänzender Vorschlag der KBV**

Als Erweiterung zur vorgenannten Position schlägt die Kassenärztliche Bundesvereinigung vor, zur Verankerung der „Archivierungsschnittstelle“ (BDT-Nachfolger) den § 295 Abs. 4 SGB V um einen Satz 2 wie folgt zu erweitern:

„Sofern die ärztlichen Aufzeichnungen in elektronischer Form durchgeführt werden, haben die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Beteiligten nach Satz 1 dafür Sorge zu tragen, dass die Archivierung der Daten in einer Art und Weise durchgeführt wird, die auch bei Nutzung eines anderen oder zukünftigen elektronischen Programms erlaubt, diese archivierten Daten in angemessener Zeit wieder einlesen und verarbeiten zu können.“

Der bisherige Satz 2 „Das Nähere regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung.“ wird Satz 3.

### Begründung:

Es handelt sich um die Überführung einer bisher bundesmantelvertraglichen Regelung ins SGB V.

Die Notwendigkeit einer Archivierung von PVS-Daten in einem standardisierten Format ergibt sich aus folgenden Aspekten:

- a) Dem Arzt wird eine größere Sicherheit beim Archivieren seiner Daten durch Nutzen eines standardisierten Formates gegeben. Die bisher verwendeten proprietären Formate sind ggf. in einigen Jahren nicht mehr verarbeitbar.
- b) Sollte – ohne eine solche Regelung – ein Systemhaus insolvent werden, könnten die bisher vom Arzt aufgezeichneten Abrechnungs- sowie medizinischen Daten nur manuell in ein neues System überführt werden.
- c) Sollte der Arzt sein Praxisverwaltungssystem wechseln wollen, so hat er mit einer standardisierten Schnittstelle die Möglichkeit, alle bisher eingepflegten Daten weitgehend problemlos in das System seiner Wahl überführen zu können. Erfahrungsgemäß müssen die Softwarehäuser jedoch rechtsverbindlich verpflichtet werden, die Schnittstelle zu bedienen.

**Regelungsthema Nr. 10:  
Kassenorganisation  
(Anwendung der Insolvenzordnung)**

## **I. Regelungsthema (Stichwort)**

Organisationsreform auf der Kassenseite: Nachfolgeregelungen für die Auflösung der Bundesverbände Krankenkassen / Einführung der Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen.

Art. 1 Nr. 144 = § 212 SGB V; Nr. 146 = § 214 SGB V; Nr. 149 [Spitzenverband Bund] = § 217f Abs. 5 SGB V / Art. 1 Nr. 124 = § 155 SGB V; Nr. 129 = § 171

## **II. Wesentlicher Regelungsinhalt**

### **1. Rechtsnachfolge Bundesverbände und Spitzenverband Bund im Hinblick auf Bundesmantelverträge und sonstige vertragliche Vereinbarungen (z.B. EBM)**

§ 217 f Abs. 5 Entwurf sieht folgendes vor:

„Die von den Landesverbänden, den bis zum 31. Dezember 2007 bestehenden Bundesverbänden sowie der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, den Verbänden der Ersatzkassen und der Seekrankenkasse bis zum 31.08.2008 zu treffenden Vereinbarungen, Regelungen und Entscheidungen gelten solange fort, bis der Spitzenverband Bund im Rahmen seiner Aufgabenstellung neue Vereinbarungen, Regelungen oder Entscheidungen trifft oder Schiedsämter den Inhalt von Verträgen neu festsetzen.“

### **2. Insolvenzfähigkeit**

In den vorgenannten Vorschriften zu §§ 155, 164 und 171 wird die Haftung der Verbände für Verbindlichkeit einer Mitgliedskasse nach deren Schließung aufgehoben und die Insolvenzordnung für anwendbar erklärt.

### **III. Analyse/Probleme/Bewertung**

1. Die Geltungsanordnung ist unzureichend. Sie muss durch eine Rechtsnachfolgeregelung ergänzt werden, damit gegenüber den vertragschließenden Partnern auf der Leistungserbringerseite ein Vertragspartner auf der Krankenkassenseite existiert, da es sich um öffentlich-rechtliche Verträge handelt, die auch für deren Dauer einer vertraglichen Verbindung bedürfen. Die Vorschrift muss dementsprechend wie folgt ergänzt werden:

„Der Spitzenverband Bund tritt insoweit als Rechtsnachfolger in die Vereinbarungen, Regelungen und Entscheidungen ein.“

2. Die Anwendung der Insolvenzordnung schafft in bestimmten Situationen ein hohes Risiko für Millionenbeträge, welche im Rahmen der Zahlung der ärztlichen Vergütung geschuldet werden. Es fehlt völlig an einer Absicherung entsprechender Vergütungsbeträge im Falle der Insolvenz. Das Ausbleiben einer Gesamtvergütung und die Zuordnung der entsprechenden Forderung in die Verteilungsmasse der Insolvenz ist nicht akzeptabel. Es bedarf dringend eines besonderen Abwicklungsregimes für die Einstandspflicht für die Vergütungen der Leistungserbringer im System.

Die Eintrittshaftung der Landesverbände oder eines Haftungsfonds – bei den Ersatzkassen gibt es keinen Landesverband – ist zwingend erforderlich.

## Regelungsthema Nr. 11: Finanzierung/Gesundheitsfonds

### I. **Regelungsthema (Stichwort)**

Finanzierung/Gesundheitsfonds

### II. **Wesentlicher Regelungsinhalt**

#### 1. **Finanzierung der GKV**

Beiträge und sonstige Einnahmen (§ 220 Abs. 1 SGB V)

#### 2. **Allgemeiner Beitragssatz**

Staatliche Festlegung durch Rechtsverordnung des BMG (§ 241 SGB V) [also keine Finanzautonomie der Krankenkassen] (erstmalige Festlegung zum 01.01.2009)

#### 3. **Beitragssatzerhöhung**

Die Beiträge werden erhöht, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen einschließlich der vorgeschriebenen Schwankungsreserven im laufenden und im Folgejahr nicht zumindest 95 v.H. decken; der Beitragssatz ist zu ermäßigen, wenn eine Deckungsquote von 100 v.H. überschritten und bei einer Beitragssatzsenkung die Deckungsquote von 95 v.H. nicht unterschritten wird (§ 220 Abs. 2 SGB V).

#### 4. **Kassenindividueller Zusatzbeitrag (§ 242 SGB V)**

Bei Unterdeckung des Finanzbedarfs durch die Zuweisungen aus dem Fonds kann durch Satzungsbeschluss ein Zusatzbeitrag erhoben werden (der Zusatzbeitrag darf für den Versicherten 1 v.H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nicht übersteigen). Übersteigen die Zuweisungen aus dem Fonds den Finanzbedarf einer Krankenkasse können Prämien an die Mitglieder der Kasse ausgezahlt werden.



## 5. Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds sind zur Deckung ihrer Ausgaben eine Grundpauschale, alters- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen, Zuweisungen für aufwändige Leistungsfälle und Zuweisungen für sonstige Ausgaben (§§ 266, 269, 270 SGB V). Definition der alters- und risikoadjustierten Zuweisungen in § 236 Abs. 1 SGB V.

## 6. Übergangsregelung (§ 272)

Eine Übergangsregelung soll verhindern, dass die länderbezogenen finanziellen Auswirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds auf die Krankenkasse zu unverträglichen regionalen Belastungssprüngen in der Einführungsphase des Gesundheitsfonds führen (Konvergenz).

## 7. Finanzierung durch Bundesmittel zum Ausgleich versicherungsfremder Leistungen

Im Jahre 2008 1,5 Mrd., im Jahre 2009 3 Mrd. (§ 221 SGB V).

## 8. Organisation des Fonds

Verwaltung als Sondervermögen beim Bundesversicherungsamt (§ 271 SGB V).

Weitere Einzelheiten werden hier nicht aufgeführt (z.B. Beitragseinzugsverfahren o.ä.), da für die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht unmittelbar von Belang.

## III. Analyse/Probleme

Im Hinblick auf die Finanzierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen stellt eines der Probleme der Umstand dar, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds unabhängig vom unterschiedlich hohen Beitragsaufkommen aus den einzelnen Regionen Deutschlands sind und dementsprechend die Rückflüsse es nicht mehr ermöglichen, den unterschiedlichen regionalen Versorgungsstrukturen im Hinblick auf die dahinterstehenden wirtschaftlichen Verhältnisse Rechnung zu tragen. Dementsprechend steht die Konstruktion des Fonds z.B. im Widerspruch zu der Regelung in § 85a Abs. 2 SGB V, wonach im Rahmen

---

der regionalen Euro-Gebührenordnung auch Zuschläge zu den Orientierungswerten des EBM auf Bundesebene vereinbart werden können.

#### **IV. Bewertung**

Die Auswirkungen der zukünftigen Finanzkraft der Krankenkassen bei Beibehaltung der Systematik des Gesundheitsfonds im Hinblick auf die Gestaltungsmöglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Schaffung der regionalen Euro-Gebührenordnungen sind derzeit nicht abschätzbar, eher kritisch zu sehen. Dies gilt auch im Hinblick auf die Konvergenzphase (§ 272 SGB V), welche nur bedingt Spielraum für regional begründete Vergütungen lässt. Das Finanzierungssystem des Fonds kann im übrigen dazu führen, dass Krankenkassen schließen. Tendenziell bewirkt der Gesundheitsfonds einen Trend zur Fusionsbildung von Krankenkassen in größeren Einheiten. Dieser wird dementsprechend durch Regelungen zur Fusionserleichterung unterstützt.

## Regelungsthema Nr. 12: Versorgungsmanagement

### I. Regelungsthema (Stichwort)

Versorgungsmanagement

Art. 1 Nr. 7 = § 11 Abs. 4 – neu – SGB V

### II. Wesentlicher Regelungsinhalt

- Nach der neu vorgesehenen Regelung haben Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, „insbesondere zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche“.
- Die Krankenkassen werden bei dieser Aufgabe durch die Leistungserbringer unterstützt, sie übermitteln ihnen die erforderlichen Angaben.
- Die Leistungserbringer sorgen gemeinsam mit den zuständigen Stellen der Krankenkassen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten.
- Entsprechende Regelungen sind in den Verträgen zu treffen.

### III. Analyse/Probleme

Der Regelungsvorschlag geht zurück auf Ausführungen in den Eckpunkten zur Gesundheitsreform (vgl. Nr. 9 und Anlage 11). Der Anspruch auf Versorgungsmanagement richtet sich gegen die zuständige Krankenkasse des Versicherten. Nach der Begründung scheint die vorrangige Zielsetzung zu sein, dass sie durch geeignete Maßnahmen darauf hinwirken, dass Pflegebedürftigkeit vermieden wird. Für die Unterstützungspflicht der „jeweiligen Leistungserbringer“ führt die Begründung auf: Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, wobei deren Aufgabe darin bestehen soll, „die zuständigen Stellen

der Krankenkassen mit den erforderlichen Informationen (zu) versorgen, um eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten sicherstellen zu können“.

#### **IV. Bewertung**

Der Umfang der Unterstützungspflicht, z.B. der Vertragsärzte, ist nach dieser Vorschrift unklar. Es gehört auch zum Aufgabenbereich – z.B. der Hausärzte – für die Koordinierung von entsprechenden Weiterbehandlungen zu sorgen (vgl. § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 ff. SGB V). Vergleichbare Pflichten treffen auch die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte im Hinblick auf besondere Therapieeinleitungen. Die Neuregelung lässt völlig offen, in welchem Ausmaß sich Krankenkassen im Rahmen eines „Versorgungsmanagements“ nunmehr in entsprechende Abläufe einmischen können und in welchem Umfang weitere Informations-, Dokumentations- und Koordinationspflichten der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte entstehen. Der Vorschlag bietet Anlass, auf eine strikte Abgrenzung der Aufgaben der Vertragsärzte und Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und andererseits der Aufgaben der Krankenkassen hinzuwirken, insbesondere auch Möglichkeiten, die die Nutzung der Telematik für die Krankenkassen böte, in Bezug auf die Sammlung von Patientendaten (elektronische Patientenakte) klar einzuschränken. Der Aufbau eines elektronisch gestützten „Case-Management-Systems“ unter dem Blickwinkel der Schnittstellenproblematik bei den Krankenkassen muss kritisch gesehen werden. Der richtige Weg ist die vertragliche Regelung bestimmter Koordinationsaufgaben unter der Führung des Arztes und der Begleitung der Kassenärztlichen Vereinigung.

#### **V. Vorschlag der KBV**

Die Formulierungen in § 11 müssen im Hinblick auf die Abgrenzung der Zuständigkeit und Verantwortung der Aufgaben der Ärzte präzisiert werden. Folgende Ergänzung ist angezeigt:

„Die Regelungen über die Zuständigkeit zur Koordination in § 73 Abs. 1 Satz 2 sowie die Vorschriften des Datenschutzes sind zu beachten.“

**Regelungsthema Nr. 13:  
Palliativversorgung**

**I. Regelungsthema (Stichwort)**

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Art. 1 Nr. 23 = § 37b SGB V; Art. 1 Nr. 102 = § 132d SGB V

**II. Wesentlicher Regelungsinhalt**

Einführung einer Leistung und Organisation spezialisierter ambulanter Palliativversorgung.

**III. Analyse/Probleme/Bewertung**

Die Vorschriften lassen im Unklaren, in welchem Umfang einer Übernahme entsprechender Versorgungsaufträge durch die Kassenärztliche Vereinigung möglich ist. Dies wird dringend gefordert (vgl. dazu im übrigen die Ausführungen in der Stellungnahme unter Nr. B.5).

**Regelungsthema Nr. 14:  
Private Krankenversicherung  
(Gesetzliche Vergütung im Basistarif - § 75 SGB V)**

**I. Regelungsthema (Stichwort)**

Sicherstellung der Versorgung der Versicherten im brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 Versicherungsaufsichtsgesetz

Art. 1 Nr. 48 = § 75 Abs. 3a SGB V - neu -

**II. Wesentlicher Regelungsinhalt**

- Versicherte bei Unternehmen der privaten Krankenversicherung im brancheneinheitlichen Standardtarif (§ 12 Versicherungsaufsichtsgesetz [vgl. Art. 36 GKV-WSG-E]) sowie nach Art. 38 § 2 GKV-WSG [Übergangsregelung] können die dem Basistarif entsprechenden ärztlichen Leistungen der ambulanten Versorgung im Rahmen eines Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung durch Vertragsärzte erhalten.
- Voraussetzung ist ein Vertrag über die Vergütung der ärztlichen Leistungen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen und „im Einvernehmen mit den Trägern in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften“.
- Maßstab ist die Ersatzkassenvergütung; eine höhere Vergütung ist möglich. Kommt ein Vertrag nicht zustande, gilt die Ersatzkassenvergütung.
- Entstehen Verwaltungskosten, sind Regelungen zur Erstattung dieser Kosten „in angemessenem Umfang“ zu treffen.
- Unternehmen, die nicht dem PKV-Verband angehören, können den Vereinbarungen beitreten.

### **III. Analyse/Probleme**

Mit dieser Regelung soll eine Behandlungspflicht für Vertragsärzte für Versicherte des brancheneinheitlichen Standardtarifs sowie für Beamte eingeführt werden. Die Sicherstellungspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen soll anscheinend die verfassungsrechtlich unzulässige – in den Eckpunkten angedeutete – Behandlungspflicht der Ärzte zu bestimmten Sätzen der GOÄ über eine Umwegsgestaltung in das System der vertragsärztlichen Versorgung vermitteln.

Die Regelung ist in mehrfacher Hinsicht rechtstechnisch misslungen – ganz abgesehen von ihrer Verfassungswidrigkeit (s. dazu nachstehend IV.):

- Schließt der PKV-Verband einheitlich einen Vertrag für alle Beteiligten?
- Kann ein Unternehmen, das dem PKV-Verband angehört, einen besonderen Vertrag schließen?
- Was geschieht, wenn kein Vertrag zustande kommt, mit den Beihilfeberechtigten?
- Wer bestimmt die „Ersatzkassen-Vergütung“, die es nach dem neuen Vergütungssystem in dieser Form nicht gibt?
- Wie sind Verwaltungskosten festzulegen, wenn kein Vertrag zustande kommt?

### **IV. Bewertung**

Die Vorschrift ist abzulehnen.

Die Vorschrift ist verfassungsrechtlich nicht haltbar. Zwar sucht sie vermutlich Anschluss an die bereits in § 75 SGB V enthaltenen Sicherstellungsaufträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen für Heilfürsorgeberechtigte und Insassen von Justizvollzugsanstalten. Indessen handelt es sich bei den Basistarifversicherten und bei Beamten um einen Personenkreis, dessen Versorgung nicht „in besonderem Maße im öffentlichen Interesse“ liegt – wie es das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 8. Dezember 1982 zur Regelung über die Heilfürsorge angesprochen hat (BVR ErfG vom 08.12.1982 – 2 BVL 12/79). Auch stellt die Vergütungsprivilegierung eine gemeinschaftsrechtlich unzulässige Beihilfe für private Unternehmen dar. Die Einbeziehung der beihilfeberechtigten Beamten verstößt gegen das Willkürverbot, weil der Staat auf diese Weise versucht, seine Finanzmittel zu Lasten der Ärzte gering zu halten.

...

**Zu Punkt I der Tagesordnung:**

**Mehr Freiheit wagen und Verantwortung tragen  
– diese Reform jedoch macht krank!**

- 1. Resolution des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages 2006 und der Sonder-Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Mehr Freiheit wagen und Verantwortung tragen - diese Reform jedoch macht krank – sie kennt nur Verlierer!**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-01) fassen der Außerordentliche Deutsche Ärztetag und die Sonder-Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einstimmig folgende Entschließung:

Der Abbau des deutschen Gesundheitswesens hat begonnen. Die große Koalition ist im Begriff, die leistungsfähigen Strukturen ärztlicher Versorgung zu zerschlagen, das Vertrauen der Patienten in die Medizin nachhaltig zu zerstören und die Beschäftigten im Gesundheitswesen auf Dauer zu demotivieren. Selbstverwaltung wird durch Staatsbürokratie ersetzt, Therapiefreiheit durch Zuteilungsmedizin. Statt „mehr Freiheit wagen“ heißt es nun „der Staat hat das Sagen“. Dieses Ausmaß destruktiver Gesundheitspolitik ist beispiellos. Ebenso einmalig ist die geschlossene Ablehnung der im Gesundheitswesen Tätigen wie auch der Versicherten und Patienten. Über 80 Prozent der Bevölkerung lehnen diese Reform ab, weil sie wissen, dass hier etwas Funktionierendes zerstört wird, aber nichts Besseres nachfolgt. Auch viele Abgeordnete des Deutschen Bundestages wissen um die katastrophalen Folgen für die Patientenversorgung, sollen sich aber der Fraktionsdisziplin unterordnen.

Die Große Koalition spricht von ihrem größten Reformvorhaben und schließt gleichzeitig ganz bewusst den Sachverstand der Gesundheitsberufe aus. Gesundheitspolitik ist keine Sachfrage mehr, Gesundheitspolitik ist eine Machtfrage. Der Erhalt der Koalition ist führenden Politikern offensichtlich wichtiger als ihre Verantwortung für eine gute medizinische Versorgung der Bevölkerung. Deshalb appelliert die verfasste deutsche Ärzteschaft an die Bundeskanzlerin der Bundesrepublik Deutschland, Frau Dr. Angela Merkel: Stoppen Sie diese Reform aus Verantwortung für unser Gesundheitswesen!

Noch in der Einleitung zu dem Entwurf des sogenannten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes heißt es, Deutschland habe ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen, es biete eine Patientenversorgung auf hohem Niveau und seine Innovationskraft sei von erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland.

Ein Gesundheitswesen aber ist weder modern noch leistungsfähig, wenn es zu einer Staatsmonopolisierung auf Kostenträgerseite kommt und zugleich zu einer Atomisierung der Leistungserbringerseite. Der Staat soll nach Haushaltslage den Beitragssatz festlegen können und ein sogenannter Spitzenverband Bund gibt dann die Verantwortung für die Mangelversorgung in einem ruinösen Preiswettbewerb an die Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ab. Eine Patientenversorgung auf hohem Niveau kann nicht mehr gewährleistet werden, wenn medizinischer Fortschritt eingefroren, Qualitätssicherung durch Kontrolle ersetzt wird und Ärzte in Behandlungsschemata hineingepresst werden. Und es kann sich keine Innovationskraft im Gesundheitswesen entwickeln, wenn der Wettbewerb der Krankenversicherungssysteme aufgehoben wird, um eine Einheitsversicherung mit Einheitsmedizin durchzusetzen.



## **Keine Medizin mit Wartelisten und Leistungsausschlüssen**

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird der Weg vorgezeichnet in einen Nationalen Gesundheitsdienst nach britischem Vorbild mit Wartelistenmedizin und Leistungsausschlüssen. In Deutschland soll diese Aufgabe der Gemeinsame Bundesausschuss als unterstaatliche Rationierungs- und Zuteilungsbehörde übernehmen. Er wird maßgeblich über die Verteilung sich verringernder Ressourcen entscheiden und über Maßnahmen zur Qualitätskontrolle die Leistungsmenge steuern. Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung und Fortbildung (der Krankenhausärzte), originäre Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung, sollen nunmehr nach Wirtschaftlichkeitserwägungen und administrativen Vorgaben reguliert werden. Das aber steht im völligen Gegensatz zu den Heilberufsgesetzen der Länder und ist daher verfassungsrechtlich höchst bedenklich.

Eine flächendeckende Versorgung der Patienten – bisher Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitswesens – wird nach diesem Gesetz nicht mehr möglich sein. Das bisherige System ambulanter Versorgung wird zerschlagen und die bestehende chronische Unterfinanzierung von mehr als 30 Prozent weiter verschärft. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden vom Vertragswettbewerb ausgeschlossen. Sie werden reduziert auf die Abwicklung der kollektivvertraglichen Regelversorgung und Mangelverwaltung, die immer mehr staatlichen Vorgaben unterliegt. Steuerungsfunktionen gehen zunehmend auf die Krankenkassen über. Wie vor 50 Jahren werden Patienten sich dann vor einer Behandlung erkundigen müssen, ob der Arzt oder Psychotherapeut ihres Vertrauens einen Vertrag mit der Krankenkasse hat. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen entmachtet werden, weil sie angeblich ausschließlich als Interessenvertretung der niedergelassenen Vertragsärzte agieren. In Wirklichkeit jedoch wird durch die Zerschlagung der Kassenärztlichen Vereinigungen vor allem die flächendeckende Versorgung der Patienten zerstört.

## **Keine Budgets für Vertragsärzte**

Statt wie versprochen die Budgets abzuschaffen, werden diese nur ersetzt durch eine restriktive und letztlich budgetierende Vergütungsordnung für Vertragsärzte. Die „festen“ Preise werden nach wie vor Mengen- und Kostendämpfungsmaßnahmen unterworfen, die zwangsläufig zu einem weiteren Preisverfall führen. Die begrüßenswerte Flexibilisierung des Vertragsarztrechts durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wird dadurch konterkariert. Denn nur auf der Basis einer Gebührenordnung ohne Budgets hätten die neuen Freiheiten im Patienteninteresse sinnvoll genutzt werden können.

Schon heute sind durch die langjährige Unterfinanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung viele Arztpraxen in ihrer Existenz bedroht. Es bedarf deshalb eines substantiellen Sofortprogramms, insbesondere in den neuen Bundesländern, um diesen Arztpraxen das wirtschaftliche Überleben zu sichern und damit die Patientenversorgung zu gewährleisten.

## **Kein Sonderopfer von Krankenhäusern!**

Die Krankenhäuser sollen ein Sonderopfer in Höhe von einem Prozent des Budgets – also etwa 500 Mio. Euro pro Jahr – erbringen, weil sie angeblich der größte Kostenfaktor sind. Dabei sind die Krankenhäuser durch gesetzlich bedingte Kostensteigerungen wie der Mehrwertsteueranhebung ab 2007, notwendige Tarifanpassungen sowie die gestiegenen Energiekosten ohnehin finanziell überfordert. Der Entzug von einer halben Milliarde Euro wird angesichts der überwiegend kritischen Finanzlage vieler Kliniken und des Investitionsstaus von 30 Milliarden Euro die Situation weiter

verschärfen und den Abbau von Personal und Versorgungskapazitäten beschleunigen. Mit der Zwangsabgabe will die Politik eine „Marktbereinigung“ erreichen, Krankenhäuser sollen schließen oder fusionieren. Ein Kliniksterben in diesem Ausmaß aber kann sich unsere Gesellschaft allein schon wegen der demografischen Entwicklung nicht leisten.

Gegen die Zerstörung eines freiheitlichen Krankenversicherungssystems

Die bestehenden Versicherungssysteme sollen auf niedrigem Niveau angeglichen werden. Dazu wird den privaten Krankenversicherungsunternehmen ein GKV-kompatibler Basistarif mit Kontrahierungszwang und Verbot der Risikoprüfung auferlegt. Das Zukunftsmodell einer auf Kapitaldeckung basierenden Krankenversicherung wird demontiert, um den Weg frei zu machen für eine staatlich kontrollierte Einheitszwangsversicherung mit Zuteilungsmedizin. Schrittweise sollen die PKV-Vollversicherungstarife zunächst in Basistarife und dann in Zusatztarife umgewandelt und so die PKV als Vollversicherung abgeschafft werden, um den Weg in eine Bürgerversicherung zu bereiten.

Das Nebeneinander von GKV und PKV hat maßgeblich die Versorgung befördert, Innovation gesichert und medizinischen Fortschritt vorangetrieben. Kein Problem im Gesundheitswesen würde gelöst, wenn die einzig finanziell gesicherte Krankenversicherung zerstört würde. Eine solche Gesundheitsreform löst keine Probleme, sie ist das Problem.

### **Mut zum Neuanfang**

Statt ein bewährtes System in politisch-dogmatischer Manier zu zerstören, sollte die Koalition den Mut aufbringen, den Resetknopf zu drücken und unser bewährtes System der gegliederten Krankenversicherung konstruktiv und an Sachargumenten orientiert weiterzuentwickeln. Eine verantwortungsbewusste Gesundheitspolitik muss Lösungen für die drängenden Finanzierungsprobleme finden. Nur so können Innovationen und medizinischer Fortschritt auf Dauer gewährleistet werden.

### **Verbreiterung der Einnahmehasis der GKV**

Ausschließlich lohnbezogene Einnahmen werden nicht mehr ausreichen, um zu einer soliden Finanzierung der GKV beizutragen. Die Einnahmehasis muss entsprechend der tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten auf sämtliche Einkommensarten ausgedehnt werden. Dadurch ließe sich der durchschnittliche Beitragssatz spürbar senken. Zur Verbreiterung der Einnahmehasis müssen dann sämtliche Einkünfte gemäß dem Einkommenssteuerrecht herangezogen werden.

### **Missbrauch der GKV beenden**

Seit Jahrzehnten destabilisiert die Politik selbst durch Ausweitung versicherungsfremder Leistungen sowie durch Quersubventionierung anderer Sozialversicherungszweige („Verschiebahnhöfe“) die GKV in jährlich zweistelliger Milliardenhöhe. Allein die sogenannten Hartz-Gesetze belasten die GKV seit diesem Jahr mit 3,6 Milliarden Euro. Durch die Rücknahme des Bundeszuschusses zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen entzieht der Bundesfinanzminister dem GKV-System weitere 4,2 Milliarden Euro. Darüber hinaus werden der GKV durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer auch auf Arzneimittel über 2 Milliarden Euro entzogen. Die GKV muss endlich auf ihre originären Aufgaben zurückgeführt werden.

### **Sozialverträgliche Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen**

Die Eigenverantwortung der Versicherten und die Inanspruchnahme solidarisch finanzierter Leistungen müssen in einem ausgewogenen Verhältnis zu einander stehen. Große Risiken müssen selbstverständlich umfassend abgesichert sein. Aber Versicherte müssen ihrer Verantwortung für die Solidargemeinschaft entsprechen, in dem sie z.B. durch Prävention und Gesundheitsvorsorge aktiv zur Risikominde- rung beitragen. Auch Eigenbeteiligung und eine der Patientensouveränität ange- messene Weiterentwicklung der Gestaltungsfreiheit bei Leistungen und Tarifen, so beispielsweise eine Beitragsminderung des Versichertenbeitrages durch individuel- len Leistungsausschluss für selbstverantwortlich finanzierbare Leistungen oder Bei- tragsminderung bei nicht chronisch Kranken für selbst gewählte Leistungsbegren- zung durch Festzuschüsse, stärken die Eigenverantwortung.

### **Familienversicherung nur noch für erziehende Elternteile**

Die generell beitragsfreie Ehegattenversicherung ist angesichts der demografischen Entwicklung nicht mehr zeitgemäß. Allerdings sollte diese Form der Versicherung angesichts der für die Gesellschaft bedeutsamen Erziehungsarbeit für diejenigen El- ternteile aufrechterhalten bleiben, die sich ausschließlich der Kindererziehung wid- men.

### **Stabile Steuerfinanzierung der Beiträge für die Versicherung von Kin- dern**

Eine vollständige Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Kinder aus Steuermitteln könnte zu einer Entlastung allein in der GKV von weit über 10 Milliar- den Euro führen. Die Krankenversicherung der Kinder ist eine gesamtgesellschaftli- che Aufgabe. Es ist allerdings sicherzustellen, dass die Steuerfinanzierung nicht haushaltspolitischer Kurzsichtigkeit oder Beliebigkeit anheim fällt, sondern in ihrem Umfang verlässlich bleibt. Damit wäre den Versicherten und Patienten wie auch der nachwachsenden Generation gleichermaßen gedient.

### **Alterungsrückstellungen durch Gesundheitssoli und demografiebezoge- ner Ausgleichsfaktor für die Krankenversicherung der Rentner**

Der Anteil der beitragszahlenden Rentner unter den gesetzlich Krankenversicherten hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Im Jahr 2005 waren knapp 17 Millio- nen Rentner Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung, fast zehn Prozent mehr als 1998. Dieser zahlenmäßige Anstieg der Rentner hat zu erheblichen Min- dereinnahmen der GKV geführt, weil Rentner im Durchschnitt weniger als Arbeit- nehmer in die GKV einzahlen. Die Schere zwischen Beitragseinnahmen und Leis- tungsausgaben in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) geht immer weiter auseinander. Betrug die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben im Jahr 1993 noch 24,9 Mrd. Euro, so klafft inzwischen eine Lücke von 35 Mrd. Euro (2005). Die stetig steigende Quersubventionierung der KVdR durch die GKV muss durch einen demografiebezogenen Ausgleichsfaktor sowie durch den Aufbau eines Systems zur Alterungsrückstellung durch einen „Gesundheitssoli“ sukzessive reduziert wer- den.

### **Echter Wettbewerb zwischen GKV und PKV**

Wettbewerb im Gesundheitswesen muss auch und vor allem ein Wettbewerb der Versicherungs- und Finanzierungsmodelle sein. Ein System der Krankenversiche- rung, das auf den Prinzipien der risikoäquivalenten Beiträge, der Kostenerstattung und Kapitaldeckung für den notwendigen demographischen Faktor basiert, darf

nicht den Finanzierungsnöten der gesetzlichen Krankenversicherung geopfert werden. Deshalb ist die jetzt geplante Angleichung der privaten Krankenversicherung an das GKV-System der falsche Weg. Ziel muss es sein, einen Wettbewerb der Systeme durch Modernisierung der GKV und Stärkung der PKV zu eröffnen.

### **Einrichtung eines Gesundheitsrates**

Nach Überzeugung der deutschen Ärzteschaft reichen weder die bestehenden Finanzmittel noch die derzeit verfügbaren so genannten Humanressourcen im Gesundheitswesen aus, um die großen Probleme in der Patientenversorgung zukünftig bewältigen zu können. Deshalb ist ein gemeinsames Handeln notwendig. Durch die Einrichtung eines Bundesgesundheitsrates, der im vorpolitischen Raum sachgerecht und transparent politische Entscheidungen für das Gesundheitswesen vorbereitet, könnten Prioritäten unter ärztlichen, ethischen, medizinisch-gesundheitswissenschaftlichen sowie sozialen Kriterien entwickelt und dann mit allen betroffenen Gruppen öffentlich diskutiert werden. In ein solches Gremium sollten neben Ärzten und Wissenschaftlern auch Patientenvertreter berufen werden.

...